

**II**

*(Actes dont la publication n'est pas une condition de leur applicabilité)*

**COMMISSION****COMMISSION ADMINISTRATIVE  
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES  
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS****DÉCISION N° 72****du 1<sup>er</sup> octobre 1972**

**établissant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 du Conseil  
(E 101—126; E 201—214; E 301—303; E 401—410)**

*(72/376/CEE)*

LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES  
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS,

vu l'alinéa (a) de l'article 81 du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; aux termes duquel elle est chargée de régler toute question administrative découlant du règlement (CEE) n° 1408/71 et des règlements ultérieurs,

vu l'article 2 paragraphe 1 du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, aux termes duquel elle établit les modèles des certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents nécessaires pour l'application des règlements,

DÉCIDE:

1. Les modèles de formulaires reproduits ci-après sont à utiliser pour l'application des règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 du Conseil qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1972.
2. Chaque formulaire est disponible dans les quatre langues officielles de la Communauté (français, allemand, italien, néerlandais) et présenté de manière telle que les quatre versions soient parfaitement superposables. Cela permet à chaque destinataire (ayant droit, institution, employeur, etc.) de recevoir le formulaire imprimé dans sa langue nationale. L'institution qui remplit le formulaire doit, par conséquent, établir le premier exemplaire et les copies qui lui sont nécessaires dans la langue qu'elle utilise habituellement; les autres copies doivent être établies en utilisant des exemplaires imprimés dans la langue de chacun des destinataires.

Toutefois, les prestations en nature pendant un séjour dans un État membre autre que l'État compétent (formulaire E 111, remplaçant le formulaire E 6) ne peuvent être refusées du fait que l'intéressé présente un formulaire rédigé dans une langue autre que celle du pays où sont demandées les prestations.

Les différents formulaires sont constitués de feuilles séparées et numérotées page par page; il convient d'agrafer ces feuilles, après y avoir porté les indications nécessaires.

*Le président de la Commission administrative*

G. MEIJERINK

---

## Liste des formulaires

- E 101 — Certificat de détachement
  - E 102 — Prolongation de détachement
  - E 103 — Exercice du droit d'option
  - E 104 — Attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance
  - E 105 — Attestation concernant les membres de la famille du travailleur à prendre en considération pour le calcul des prestations en espèces en cas d'incapacité de travail
  - E 106 — Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dans le cas des personnes qui résident dans un autre pays que le pays compétent
  - E 107 — Demande d'attestation de droit à prestations en nature
  - E 108 — Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité
  - E 109 — Attestation pour l'inscription des membres de la famille du travailleur et la tenue des inventaires
  - E 110 — Attestation concernant les travailleurs des transports internationaux
  - E 111 — Attestation de droit aux prestations en nature pendant un séjour dans un État membre
  - E 112 — Attestation concernant le maintien des prestations en cours de l'assurance maladie-maternité
  - E 113 — Hospitalisation — Notification d'entrée et de sortie
  - E 114 — Octroi de prothèses, de grand appareillage, etc.
  - E 115 — Demande de prestations en espèces pour incapacité de travail
  - E 116 — Rapport médical en cas d'incapacité de travail (maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle)
  - E 117 — Octroi de prestations en espèces en cas d'incapacité de travail
  - E 118 — Notification de non-reconnaissance ou de fin de l'incapacité de travail
  - E 119 — Attestation concernant le droit des chômeurs et des membres de leur famille aux prestations de l'assurance maladie-maternité
  - E 120 — Attestation de droit aux prestations en nature pour les demandeurs de pension ou de rente et les membres de leur famille
  - E 121 — Attestation pour l'inscription des titulaires de pension ou de rente et la tenue des inventaires
  - E 122 — Attestation en vue de l'octroi des prestations en nature aux membres de la famille des titulaires de pension ou de rente
  - E 123 — Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles
  - E 124 — Demande d'allocation de décès
  - E 125 — Relevé individuel des dépenses effectives
  - E 126 — Tarification en vue du remboursement des prestations en nature
- 
- E 201 — Attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance
  - E 202 — Instruction d'une demande de pension de vieillesse
  - E 203 — Instruction d'une demande de pension de survivant
  - E 204 — Instruction d'une demande de pension d'invalidité
  - E 205 — Attestation concernant la carrière d'assurance en Allemagne
    - Attestation concernant la carrière d'assurance en Belgique
    - Attestation concernant la carrière d'assurance en France
    - Attestation concernant la carrière d'assurance en Italie
    - Attestation concernant la carrière d'assurance aux Pays-Bas
    - Attestation concernant la carrière d'assurance au Luxembourg

- E 206 — Attestation des périodes d'emploi dans les mines et entreprises assimilées
- E 207 — Renseignements concernant la carrière du travailleur
- E 208 — Détermination des droits à la pension
- E 209 — Détermination des montants de pension en vue de l'application éventuelle de l'article 46.3 du règlement 1408/71
- E 210 — Notification de décision relative à une demande de pension (attribution ou rejet)
- E 211 — Récapitulation des décisions (attribution ou rejet)
- E 212 — Voies et délais de recours
- E 213 — Rapport médical détaillé
- E 214 — Rapport médical concernant l'appréciation des capacités et limites fonctionnelles
- 
- E 301 — Attestation concernant les périodes à prendre en compte pour l'octroi des prestations de chômage
- E 302 — Attestation relative aux membres de la famille du chômeur à prendre en considération pour le calcul des prestations
- E 303 — Attestation concernant le maintien du droit aux prestations de chômage  
— Indications pour le chômeur qui a l'intention de se rendre dans un autre État membre pour y chercher un emploi
- 
- E 401 — Attestation concernant la composition de la famille en vue de l'octroi des prestations familiales
- E 402 — Attestation de poursuite d'études en vue de l'octroi des prestations familiales
- E 403 — Attestation d'apprentissage en vue de l'octroi des prestations familiales
- E 404 — Certificat médical en vue de l'attribution des prestations familiales
- E 405 — Prestations ou allocations familiales en cas d'occupations successives dans plusieurs États membres entre les échéances de paiement prévues par la législation de ces États
- E 406 — Demande d'allocations familiales concernant un travailleur soumis à la législation française et dont la famille réside dans un État membre autre que la France
- E 407 — Attestation de périodes d'emploi ou de chômage indemnisé en France en vue de l'octroi des allocations familiales à des membres de la famille d'un travailleur ou d'un chômeur qui résident dans un État membre autre que la France
- E 408 — Demande de renseignements
- E 409 — Contrôle de la déclaration d'absence de droits à allocations familiales au titre d'une activité professionnelle dans le pays de résidence de la famille
- E 410 — Notification d'annulation du droit aux allocations familiales

**E 101**



(1)

**CERTIFICAT DE DÉTACHEMENT**

Règl. 1408/71: art. 14.1.a.i; art. 14.2.a; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i

Règl. 574/72: art. 11.1, art. 20.1, art. 62.1

*L'institution désignée du pays où l'entreprise a son siège remplit les points 1.1 à 7.5 et, si possible, également les cadres 8 et 9. Un exemplaire doit être remis au travailleur ou à l'employeur. L'autre doit être envoyé à l'institution désignée du pays où le travailleur est détaché. Si le travailleur est détaché en Belgique, un exemplaire du formulaire doit également être adressé à l'Office national de Sécurité sociale, à Bruxelles.*

<b>1</b>	<b>Travailleur</b>
1.1	Nom <span style="margin-left: 150px;">Prénoms</span> <span style="float: right;">Nom de jeune fille</span>
.....	
1.2	Date de naissance: ..... Nationalité: .....
1.3	Adresse habituelle (2): .....
.....	
1.4	Numéro d'immatriculation: .....

<b>2</b>	<b>Membres de la famille qui accompagnent le travailleur</b>			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
.....				
.....				
.....				
.....				

<b>3</b>	<b>Employeur</b>
3.1	Nom ou raison sociale: .....
3.2	Adresse (2): .....
.....	

4 Le travailleur désigné ci-dessus est détaché pour une période allant probablement du ..... au .....

4.1 (3)  dans l'établissement ci-après:  sur le navire ci-après:

5	Nom ou raison sociale: .....
5.1	Adresse (2): .....
.....	

6 L'intéressé reste soumis pour cette période à la législation du pays où l'entreprise a son siège, conformément à l'article

6.1 <sup>(3)</sup>  14.1.a.i  14.2.a du règl. 1408/71.

**7** Institution désignée du pays où l'entreprise a son siège

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (2): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

**8** A remplir par l'institution désignée ou par le travailleur

8.1 Institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité (dénomination et adresse) (2) (4):

.....

.....

8.2 Cachet

8.3 Date: .....

8.4 Signature du représentant de l'institution

8.5 Signature du travailleur

.....

.....

**9** A remplir par l'institution désignée ou par l'employeur

9.1 Institution compétente en matière d'assurance contre les accidents du travail (dénomination et adresse) (2):

.....

.....

9.2 Institution compétente en matière d'assurance contre les maladies professionnelles (dénomination et adresse) (2) (5):

.....

.....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature du représentant de l'institution

9.6 Signature de l'employeur

.....

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## Indications pour le travailleur

a) *Le présent document permet au travailleur lui-même et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2 d'obtenir des institutions d'assurance du lieu où il est détaché les prestations en nature en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail et de maladie professionnelle.*

b) *Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'institution d'assurance du lieu de détachement, c'est-à-dire:*

## — pour les prestations en cas de maladie ou de maternité:

*en Belgique, la mutualité choisie;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*

*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*

*au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*

*aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*

## — pour les prestations en cas d'accident du travail

*en Belgique, la mutualité choisie;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*

*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL, Institut national d'assurance contre les accidents du travail);*

*au Luxembourg, l'Association d'assurance contre les accidents;*

*aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*

c) *Si les cadres 2, 8 et 9 n'ont pas été remplis par l'institution, le travailleur doit remplir lui-même les cadres 2 et 8 et faire remplir le cadre 9 par son employeur avant de se rendre dans le pays où il est détaché.*

d) *Pour obtenir les prestations en nature, le travailleur peut, au lieu du présent document, présenter le formulaire E 111.*

## NOTES

(1) Sigle du pays où l'entreprise a son siège: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.

(2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.

(3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.

(4) Pour les Pays-Bas, indiquer la caisse de maladie (Ziekenfonds).

(5) A remplir seulement s'il s'agit d'une institution autre que celle visée au point 9.1.

E 102

(1)

## PROLONGATION DE DÉTACHEMENT

Règl. 1408/71: art. 14.1.a.ii; art. 14.2.a; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i  
Règl. 574/72: art. 11.2; art. 20.1; art. 62.1

### A. A remplir par l'employeur

1 Institution destinataire (2)

1.2 Dénomination: .....

1.1 Adresse (3): .....

2 Travailleur

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille

2.2 Date de naissance: ..... Nationalité: .....

2.3 Adresse habituelle (3): .....

2.4 Numéro d'immatriculation: .....

3 Institution compétente

3.1 en matière d'assurance contre les accidents du travail (Dénomination, adresse) (3):

3.2 en matière d'assurance contre les maladies professionnelles (Dénomination, adresse) (3) (7):

4 Le travailleur désigné ci-dessus a été détaché, conformément à l'article

4.1 (4)  14.1.a.i  14.2.a du règl. 1408/71,

4.2 pour la période du ..... au .....

4.3 (4)  dans l'établissement ci-après:  sur le navire ci-après:

5 Nom ou raison sociale: .....

5.1 Adresse (3): .....

6 Ce travailleur était porteur d'un certificat de détachement (formulaire E 101)

6.1 délivré par l'institution suivante (nom et adresse) <sup>(3)</sup>

.....  
.....

6.2 le ..... et venant à expiration le .....

7 Nous demandons que ce travailleur continue à être assujetti à la législation

du pays  <sup>(1)</sup>

7.1 pour la période du ..... au ..... <sup>(5)</sup>

**8**

Employeur

8.1 Nom ou raison sociale: .....

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

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

**B. A remplir par l'autorité compétente ou l'organisme désigné du pays d'emploi <sup>(6)</sup>**

9 Nous déclarons

9.1 <sup>(4)</sup>  être d'accord  ne pas être d'accord

pour que le travailleur cité au cadre 2 continue à être soumis à la législation de sécurité sociale

du pays  <sup>(1)</sup>

9.2 pendant la période du ..... au .....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature

.....

**C. A remplir par le travailleur**

**10**

Institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité <sup>(8)</sup>

10.1 Dénomination: .....

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

.....

**11** Membres de la famille qui accompagnent le travailleur

11.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12 Date: .....

13 Signature  
.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en 4 exemplaires). Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## Indications pour l'employeur

- a) *L'employeur doit remplir la partie A du formulaire en quatre exemplaires, qu'il enverra à l'autorité compétente ou à l'organisme désigné du pays où le travailleur a été détaché, c'est-à-dire:*  
*en Belgique, le Ministère de la Prévoyance sociale, à Bruxelles, ou l'Office national de sécurité sociale, à Bruxelles;*  
*en Allemagne, le Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales), à Bonn;*  
*en France, la Direction régionale de la Sécurité sociale;*  
*en Italie, le Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale (Ministère du Travail et de la prévoyance sociale) à Rome;*  
*au Luxembourg, le Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, à Luxembourg;*  
*aux Pays-Bas, le Ministerie van Sociale Zaken (Ministère des Affaires Sociales), à La Haye.*
- b) *Deux exemplaires du formulaire, remplis à la partie B, seront envoyés à l'employeur, qui en remettra un au travailleur.*

## Indications pour le travailleur

- a) *Le présent document permet au travailleur et aux membres de sa famille énumérés au cadre 11 d'obtenir des organismes assureurs du lieu où il est détaché les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle.*
- b) *Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, le document doit être présenté à l'institution du lieu où le travailleur est détaché, c'est-à-dire:*
- **pour les prestations en cas de maladie ou de maternité**  
*en Belgique, la mutualité choisie;*  
*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*  
*en France, la caisse primaire d'assurance - maladie;*  
*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie,)*  
*au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*  
*aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*
  - **pour les prestations en cas d'accident du travail**  
*en Belgique, la mutualité choisie;*  
*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*  
*en France, la caisse primaire d'assurance - maladie;*  
*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL, Institut national d'assurance contre les accidents du travail);*  
*au Luxembourg, l'association d'assurance contre les accidents;*  
*aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*
- c) *Le travailleur doit remplir la partie C du formulaire, en veillant notamment à indiquer au cadre 11 les membres de la famille qui ont droit aux prestations de l'assurance maladie-maternité.*
- d) *Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, le travailleur peut, au lieu du présent document, présenter le formulaire E 111.*

## NOTES

- (1) Sigle du pays où l'entreprise a son siège: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Voir les indications données au point a) du paragraphe « Indications pour l'employeur ».
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Cette période ne peut dépasser le 24<sup>e</sup> mois à partir de la date du début du détachement.
- (6) Deux exemplaires doivent être restitués au demandeur, un exemplaire doit être adressé à l'institution désignée du pays où l'entreprise a son siège.
- (7) A remplir s'il s'agit d'une institution autre que celle visée au point 3.1.
- (8) Pour les Pays-Bas, indiquer la caisse de maladie (Ziekenfonds).

**EXERCICE DU DROIT D'OPTION**

Règl. 1408/71: art. 16.2 et 3  
Règl. 574/72: art. 13.2 et 3, art. 14.1 et 2

Après avoir rempli la partie A du formulaire conformément aux points a et b des instructions, le travailleur le remet ou l'expédie selon les indications des points a et c des mêmes instructions. L'institution qui reçoit le formulaire en remplit la partie B et en fait parvenir un exemplaire au travailleur.

**A. Option**

1	Le soussigné		
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance: .....		Nationalité: .....
1.3	Numéro d'immatriculation: .....		
1.4	Adresse (2): .....		

- 2 occupé depuis le .....
- 2.1 (3)  comme ..... auprès de la mission diplomatique ou du poste consulaire ci-après .....
- 2.2 (3)  comme (4) ..... au service personnel de l'employeur suivant (5) ..... agent de la mission diplomatique ou du poste consulaire ci-après: .....
- 2.3 (3)  comme agent auxiliaire des Communautés européennes,

3 déclare opter pour l'assujettissement à la législation de sécurité sociale

- 3.1 (6)  de l'État membre dont il est ressortissant:
- 3.2 (6)  de l'État membre à la législation duquel il a été soumis en dernier lieu, à savoir la législation
- (6)  belge                       allemande                       française
- (6)  italienne                       luxembourgeoise                       néerlandaise

4 Lieu et date: .....

5 Signature .....

## 6 Autorité des Communautés européennes qui a conclu le contrat avec l'agent auxiliaire

6.1	Dénomination:	.....
6.2	Adresse (2):	..... .....
6.3	Cachet	
	6.4	Date: .....
	6.5	Signature .....

**B. Attestation**

7 Nous prenons acte de ce que le travailleur mentionné au cadre 1 est assujéti à la législation

- (6)  belge                       allemande                       française  
 (6)  italienne                       luxembourgeoise                       néerlandaise

7.1 à partir du .....

7.2 pour la période durant laquelle il occupera l'emploi indiqué à la partie A, sauf nouvelle option à la fin d'une année civile (Règl. 1408/71, art. 16.2, deuxième phrase).

## 8 Institution désignée par l'autorité compétente

8.1	Dénomination:	.....
8.2	Adresse (2):	..... .....
8.3	Cachet	
	8.4	Date: .....
	8.5	Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en 4 exemplaires). Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### **Pour le personnel des missions diplomatiques ou des postes consulaires et les domestiques à leur service personnel**

a) *Après avoir rempli la partie A du formulaire à l'exception du cadre 6, vous devez remettre un exemplaire du formulaire à votre employeur et envoyer deux exemplaires à l'institution désignée par l'autorité compétente de l'État membre pour la législation duquel vous avez opté, à savoir:*

*en Belgique, l'Office national de sécurité sociale à Bruxelles;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn (Caisse locale de maladie de Bonn), à Bonn;*

*en France, la Direction régionale de la Sécurité Sociale;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie)*

*au Luxembourg, le Ministère du travail et de la sécurité sociale à Luxembourg;*

*aux Pays-Bas, le Sociale Verzekeringsraad (Conseil des assurances sociales), R. J. Schimmelpennincklaan, 20, à La Haye.*

### **Pour l'autorité des Communautés européennes habilitée à conclure le contrat d'engagement des agents auxiliaires**

b) *Lors de l'engagement d'un agent auxiliaire, si celui-ci désire faire usage de son droit d'option, l'autorité habilitée des Communautés européennes doit lui faire remplir la partie A, à l'exception du cadre 6, qui devra être rempli par elle.*

c) *Deux exemplaires du formulaire devront être adressés à l'institution désignée par l'autorité compétente de l'État membre pour la législation duquel l'intéressé a opté (voir point a ci-dessus).*

## NOTES

- (1) Sigle du pays de résidence de la personne qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) Donner les indications 2.1, 2.2 ou 2.3 selon la situation du travailleur qui remplit le formulaire, et mettre une croix dans la case correspondante.
- (4) Indiquer la qualité de l'intéressé: chauffeur, cuisinière, etc.
- (5) Indiquer les nom et prénoms de l'employeur.
- (6) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée. On notera que l'agent d'une mission diplomatique ou d'un poste consulaire ou la personne qui est à son service ne peut opter que pour la législation de sécurité sociale de l'État membre dont il est ressortissant.



**ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE**

**Maladie — maternité — décès (allocation) — tuberculose**

Règl. 1408/71: art. 18.1; art. 64

Règl. 574/72: art. 16; art. 79

*L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution du dernier État membre à la législation duquel l'intéressé a été soumis. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue à le délivrer remplit la partie B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.*

**Partie A**

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....
	.....

2	Assuré			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
2.2	Numéro d'immatriculation: .....			
2.3	Dernier employeur dans le pays à la législation duquel le travailleur a été soumis en dernier lieu:			
2.4	Nom ou raison sociale: .....			
2.5	Adresse (2): .....			
	.....			

3 En vue de donner suite à une demande de prestations introduite par l'assuré désigné ci-dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance accomplies par lui

3.1 à partir du .....

3.2 sous la législation de votre pays, dans le cadre de l'assurance

(3)  maladie-maternité

décès (allocation)

tuberculose

**4** Institution compétente

4.1 Dénomination: .....

4.2 Adresse (2): .....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature .....

**Partie B**

**5** Institution compétente (4)

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (2): .....

**6** Assuré (5)

6.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....

6.2 Numéro d'immatriculation: .....

7 L'assuré indiqué (3)  au cadre 2  au cadre 6  
 a accompli (3)  au cours des deux dernières années (6)  depuis le .....

**8** les périodes d'assurance suivantes:

8.1	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.2	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.3	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.4	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.5	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.6	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.7	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.8	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.9	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....
8.10	du	.....	au	.....	pour (7) le risque de	.....

**9** Institution qui remplit la partie B

9.1	Dénomination: .....
9.2	Adresse (2): ..... .....
9.3	Cachet
	9.4 Date: .....
	9.5 Signature
	.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie, L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) A remplir seulement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution compétente.
  - (5) A remplir seulement quand le formulaire est remis directement à l'intéressé.
  - (6) Si l'attestation est destinée à une institution italienne et concerne les prestations en cas de tuberculose, et que l'intéressé n'ait pas une année de cotisation au cours des deux dernières années, il y a lieu d'indiquer les périodes d'assurance accomplies pendant les cinq dernières années.
  - (7) Indiquer le risque couvert: maladie, maternité, décès (allocation), tuberculose.
-

E 105

(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LES MEMBRES DE LA FAMILLE DU TRAVAILLEUR À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

Règl. 1408/71: art. 23.3; art. 58.3  
Règl. 574/72: art. 25.1 et 2; art.70.1

A remplir par l'institution d'assurance-maladie ou par une institution désignée du lieu de résidence des membres de la famille et à remettre au travailleur.

1 Travailleur

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
.....				
1.2	Adresse (2) dans le pays de résidence ou de séjour:			
.....				
.....				
1.3	Numéro d'immatriculation: .....			

2 Le travailleur désigné ci-dessus a les personnes suivantes à sa charge:

3 Membres de la famille

3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance	Lien de parenté
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

4 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

4.1	Dénomination:	.....
4.2	Adresse (2):	.....
		.....
4.3	Cachet	
		4.4 Date: .....
		4.5 Signature
		.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 2 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**Indications pour le travailleur**

- a) *Si vous devez bénéficier de prestations en espèces pour incapacité de travail en Allemagne, en Belgique ou en France, pays dont la législation fait varier le montant de ces prestations en fonction des membres de la famille, vous devez remettre la présente attestation à l'institution qui vous assure.*
- b) *Cette attestation est valable pour une période de 12 mois à partir de la date de sa délivrance (voir point 4.4); à l'expiration de ce délai, vous pouvez en demander le renouvellement à l'institution du lieu de résidence des membres de votre famille (voir points 4.1 et 4.2).*
- c) *Vous êtes tenu de notifier immédiatement, à l'institution qui vous assure, tout changement survenu dans les indications de cette attestation.*

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-

E 106

(1)

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ DANS LE CAS DES PERSONNES QUI RÉSIDENT DANS UN AUTRE PAYS QUE LE PAYS COMPÉTENT**

**Travailleurs et membres de leur famille résidant avec eux; membres de la famille des chômeurs**

Règl. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 25.3  
Règl. 574/72: art. 17.1 et 4; art. 27, première phrase

*L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'assuré, ou les fait parvenir (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison) à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. Cette dernière institution, une fois en possession des deux exemplaires en question, en remplit la partie B et retourne l'un des deux à l'institution compétente.*

**A. Notification du droit**

1	Institution du lieu de résidence (2)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
1.3	Référence: votre formulaire E 107 du .....

2	(4) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Travailleur frontalier	<input type="checkbox"/> Chômeur	
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Numéro d'immatriculation: .....			
2.3	Adresse dans le pays de résidence (3): .....			

3	Membre de la famille (5)			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
3.2	Adresse dans le pays de résidence (3): .....			

4 (4)  Le travailleur désigné ci-dessus et les membres de sa famille (6) résident avec lui.

4.1 (4)  Les membres de la famille (6) du chômeur désigné ci-dessus

5 ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (7)  
à partir du .....

6 Les intéressés conservent ce droit

6.1 (4)  jusqu'à annulation de la présente attestation

6.2 (4)  pendant trois mois à dater de la délivrance de la présente attestation (8)

7 Institution compétente (7)

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (3): .....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

## B. Notification de l'inscription (9)

8 Institution compétente

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (3): .....

9

9.1 (4)  Le travailleur indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille indiqués au cadre 10

9.2 (4)  Les membres de la famille du chômeur indiqués au cadre 10

9.3 (4)  ont été inscrits chez nous le .....

9.4 (4)  n'ont pas pu être inscrits chez nous parce que:

**10** Membres de la famille

10.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

**11** Institution du lieu de résidence

11.1	Dénomination:	.....
11.2	Adresse (4):	..... .....
11.3	Cachet	
		11.4 Date: .....
		11.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour l'assuré

- a) *Le présent formulaire vous donne droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité*
- *pour vous-même et les membres de votre famille, **si vous êtes en activité;***
  - *pour les membres de votre famille qui résident dans un autre État membre que celui où vous êtes assuré, **si vous êtes en chômage.***
- b) *Les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible*
- *par vous-même à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre résidence, **si vous êtes en activité;***
  - *par les membres de votre famille à l'institution d'assurance maladie-maternité de leur lieu de résidence, **si vous êtes en chômage.***
- c) *Les institutions d'assurance maladie-maternité en question sont:*
- en **Belgique**, la mutualité choisie;*
  - en **Allemagne**, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*
  - en **France**, la caisse primaire d'assurance-maladie;*
  - en **Italie**, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie)*
  - au **Luxembourg**, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*
  - aux **Pays-Bas**, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;*
- d) *Ce formulaire est valable à partir de la date indiquée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.*
- e) *Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'institution d'assurance à laquelle le formulaire aura été remis tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature: abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) A remplir seulement si le formulaire concerne les membres de la famille du chômeur; dans ce cas, donner les renseignements pour un seul membre de la famille.
- (6) Les membres de la famille qui ont droit aux prestations sont déterminés par la législation du pays de résidence.
- (7) Pour les personnes assurées en Italie, les prestations en cas d'affection tuberculeuse ne peuvent être servies qu'au vu d'une attestation délivrée par l'Institut national de la Prévoyance sociale (INPS).
- (8) Au cas où le formulaire est établi par une institution française.
- (9) Si ce formulaire est délivré pour renouveler une attestation émise précédemment, il n'y a pas lieu de remplir la partie B.

**DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT À PRESTATIONS EN NATURE**

Règl. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 22.1.a.i, b.i et c.i; art. 22.3; art. 25.1.a et 3; art. 26.1; art. 28.1; art. 29.1; art. 31; art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i et c.i

Règl. 574/72: art. 17.1; art. 20.3 et 4; art. 21.1; art. 22.1 et 3; art. 23; art. 27, 1ère phrase; art. 28; art. 29.2; art. 30.1; art. 31.1; art. 60.1; art. 62.3, 4 et 7; art. 63.1 et 3

L'institution du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet deux exemplaires du formulaire à l'institution compétente, en tenant compte des dispositions des articles du règlement 574/72 cités en référence. Si cette institution estime ne pas pouvoir envoyer le formulaire demandé, elle remplit la partie B et retourne un des deux exemplaires à l'institution qui les lui a adressés. Quand le pays compétent est la Belgique, la partie A doit être adressée à l'institution d'assurance-maladie, sauf s'il s'agit d'un accident du travail constaté ou d'une maladie dont le caractère professionnel a été reconnu.

**A. A remplir par l'institution du lieu de résidence ou de séjour**

<b>1</b>	Institution destinataire
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....
	.....

<b>2</b>	(3) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente		
	(3) <input type="checkbox"/> Chômeur	<input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente		
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
2.2	(3) <input type="checkbox"/> titulaire	<input type="checkbox"/> demandeur		
	de la pension ou de la rente de			
	(3) <input type="checkbox"/> vieillesse	<input type="checkbox"/> invalidité	<input type="checkbox"/> survie	
	(3) <input type="checkbox"/> accident du travail	<input type="checkbox"/> maladie professionnelle		
	n° .....	(4) catégorie .....	(4)	
2.3	Institution débitrice de la pension ou de la rente:			
	.....			
2.4	Numéro d'immatriculation: .....			
2.5	Adresse habituelle (2): .....			
	.....			

**3** Dernier employeur (5)

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse (2): .....

3.3 Branche d'activité (6): .....

3.4 Institution d'assurance contre les accidents du travail à laquelle l'employeur est affilié: .....

**4** Membres de la famille (7)

4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Adresse dans le pays de résidence (2) (8): .....

- 5 Nous avons reçu le ..... une demande émanant de la personne indiquée  
 (3)  au cadre 2  au cadre 4  
 et tendant à obtenir
- 5.1 (3)  l'octroi de prestations en nature.
- 5.2 (3)  le maintien du droit aux prestations en nature.
- 5.3 (3)  l'inscription chez nous comme ayant droit aux prestations en nature.
- 6 Les prestations en nature (3)  ont été accordées  n'ont pas été accordées  
 6.1 conformément à l'art. (3)  20.3  29.2  60.1  62.3 du règl. 574/72.
- 7 Veuillez nous faire parvenir l'attestation de droit à prestations sur formulaire E.....  
 ou nous aviser de l'impossibilité de la délivrer.
- 8  En annexe, rapport médical sur formulaire E 116 (9).

**9** Institution du lieu de résidence ou de séjour

9.1 Dénomination: .....

9.2 Adresse (2): .....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature .....

**B. A remplir par l'institution compétente**

10 Institution du lieu de résidence ou de séjour (10)

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

11 Il ne nous est pas possible de délivrer l'attestation demandée à la partie A, parce que

.....

.....

12 Institution compétente

12.1 Dénomination: .....

12.2 Adresse (2): .....

12.3 Cachet

12.4 Date: .....

12.5 Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie  
L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) A remplir uniquement quand l'institution débitrice de la pension ou de la rente est une institution italienne.
  - (5) A remplir uniquement quand le formulaire concerne un travailleur en activité ou un chômeur.
  - (6) A remplir uniquement quand le formulaire concerne un travailleur qui est présumé avoir été victime d'un accident du travail.
  - (7) A remplir seulement dans le cas de membres de la famille pour lesquels a été présentée une demande de prestations ou d'inscription.  
Pour l'inscription, indiquer un seul membre de la famille.
  - (8) A remplir seulement si l'adresse des membres de la famille diffère de celle du chef de famille.
  - (9) A joindre seulement s'il y a lieu. Dans ce cas, mettre une croix dans la case correspondante.
  - (10) Institution visée au cadre 9.
-

**NOTIFICATION DE SUSPENSION OU DE SUPPRESSION DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE  
DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ**

**Personnes résidant dans un autre pays que le pays compétent**

Règl. 1408/71: art. 19.1.a et 2; art. 25.3; art. 26.1; art. 28.1; art. 29.1

Règl. 574/72: art. 17.2 et 3; art. 27; art. 28; art. 29.5; art. 30; art. 94.4; art. 95.4

*L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires de celui-ci à l'institution du lieu de résidence (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison). L'institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne au plus tôt un exemplaire à l'institution compétente.*

**A. Notification**

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....

2	(3) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Travailleur frontalier	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente	
	(3) <input type="checkbox"/> Chômeur	<input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente		
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Numéro d'immatriculation: .....			
2.3	Adresse dans le pays de résidence (2): .....			

3	Membres de la famille (4)			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
3.2	Adresse dans le pays de résidence (2): .....			

4 Le droit à prestations attesté par notre  
formulaire ..... du .....  
a été suspendu ou supprimé pour le motif suivant:

- 4.1 (3)  Le travailleur désigné ci-dessus a cessé d'être assuré par nous depuis le .....
- 4.2 (3)  La pension ou la rente du titulaire désigné ci-dessus est suspendue ou supprimée depuis le .....

4.3 <sup>(3)</sup>  Toutes les personnes qui étaient inscrites chez vous résident depuis le ..... dans le pays compétent

4.4 <sup>(3)</sup>  Le titulaire du droit à prestations est décédé depuis le .....

4.5 <sup>(3)</sup>  <sup>(5)</sup> .....

5	Institution compétente	
5.1	Dénomination:	.....
5.2	Adresse <sup>(2)</sup> :	..... .....
5.3	Cachet	
	5.4	Date: .....
	5.5	Signature .....

**B. Accusé de réception**

6	Institution compétente	
6.1	Dénomination:	.....
6.2	Adresse <sup>(2)</sup> :	..... .....

7 La notification contenue à la partie A ci-dessus nous est parvenue le .....

8 <sup>(3)</sup>  La personne indiquée à la partie A  Les personnes indiquées à la partie A  
<sup>(3)</sup>  n'a plus bénéficié  n'ont plus bénéficié  
<sup>(3)</sup>  ne bénéficiera plus  ne bénéficieront plus  
de prestations à partir du .....

9	Institution du lieu de résidence	
9.1	Dénomination:	.....
9.2	Adresse <sup>(2)</sup> :	..... .....
9.3	Cachet	
	9.4	Date: .....
	9.5	Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) A remplir uniquement quand la suppression ou la suspension du droit aux prestations en nature notifiée par le présent formulaire n'affecte que les membres de la famille; dans ce cas, indiquer un seul de ceux-ci, sauf s'il s'agit de membres de la famille d'un travailleur frontalier.
  - (5) Autres motifs, s'il y a lieu.
-

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE  
DU TRAVAILLEUR ET LA TENUE DES INVENTAIRES**

Règl. 1408/71: art. 19.2

Règl. 574/72: art. 17.1, 2, 3 et 4; art. 94.4

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au travailleur, ou les fait parvenir (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison) à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. Cette dernière institution, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente. Si les membres de la famille résident dans des pays différents, il y a lieu d'établir une attestation distincte pour chacun de ces pays.

**A. Notification du droit**

1	Institution du lieu de résidence (2)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
1.3	Référence: votre formulaire E 107 du .....

2	(4) <input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier
2.1	Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance
2.2	Numéro d'immatriculation: .....
2.3	Adresse (3): .....

3	Membres de la famille (5)
3.1	Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance
3.2	Adresse (3): .....

4 Le travailleur désigné ci-dessus a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour les membres de sa famille, à moins que ceux-ci n'y aient déjà droit en vertu de la législation du pays où ils résident.

5 Ce droit est ouvert à la date du .....

6 et subsiste

- 6.1 (4)  jusqu'à annulation de la présente attestation
- 6.2 (4)  pendant trois mois à dater de la délivrance de la présente attestation (6)
- 6.3 (4)  jusqu'à la date prévue pour la fin du travail saisonnier, c'est-à-dire  
jusqu'au ....., à moins d'une notification d'annulation antérieure

7 Institution compétente

- 7.1 Dénomination: .....
- 7.2 Adresse (3): .....
- 7.3 Cachet
- 7.4 Date: .....
- 7.5 Signature  
.....

## B. Notification de l'inscription (8)

8 Institution compétente

- 8.1 Dénomination: .....
- 8.2 Adresse (3): .....
- .....

9  (7)

- 9.1 Les membres de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 n'ont pas pu être inscrits parce que
- 9.2 (4)  aucun membre de la famille n'a droit aux prestations
- 9.3 (4)  tous les membres de la famille ont déjà droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays
- 9.4 (4)  l'«état de famille» nécessaire n'a pas été présenté
- 9.5 (4)  (9) .....

10  (7)

10.1 Les membres suivants de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 ont été inscrits:

10.2 Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

10.3 Le coût de ces prestations est à votre charge; la date à prendre pour point de départ du calcul du forfait visé à l'art. 94 du règl. 574/72 est le

.....

11 Institution du lieu de résidence

11.1 Dénomination: .....

11.2 Adresse (3): .....

.....

11.3 Cachet

11.4 Date: .....

11.5 Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour le travailleur

- a) *Le présent formulaire permet aux membres de votre famille de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays où ils résident et selon la législation de ce pays, à moins qu'ils n'y aient déjà droit en vertu de cette même législation.*
- b) *Dès que les deux exemplaires du présent formulaire seront en votre possession, vous devez les envoyer aux membres de votre famille, qui devront les présenter **immédiatement** à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire:*  
*en Belgique, la mutualité choisie;*  
*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*  
*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*  
*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*  
*au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*  
*aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;*
- c) *Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.*
- d) *Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Indiquer un seul membre de la famille.
- (6) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution française.
- (7) Remplir le cadre 9 ou le cadre 10 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
- (8) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment émise et dont la validité a expiré, l'institution du lieu de résidence n'a pas à remplir la partie B.
- (9) Autres motifs.

E 110

(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LES TRAVAILLEURS DES TRANSPORTS INTERNATIONAUX**

*Règl. 1408/71: art. 14.1.b; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i*

*Règl. 574/72: art. 20.2; art. 62.2*

*Le formulaire doit être rempli par l'employeur et le cas échéant validé par lui; il doit être remis au travailleur.*

**A. Première attestation**

1	Travailleur		
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
	.....	.....	.....
1.2	Date de naissance:	Nationalité:	.....
	.....	.....	.....
1.3	Adresse habituelle (2):		
	.....		
	.....		

2	Membres de la famille qui accompagnent le chef de famille			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3	Institution compétente	
3.1	en matière d'assurance contre les accidents du travail (dénomination et adresse) (2):	
	.....	
	.....	
3.2	en matière d'assurance contre les maladies professionnelles (dénomination et adresse) (2) (5):	
	.....	
	.....	

4 Le soussigné certifie que le travailleur désigné ci-dessus est à son service depuis  
le .....

**5** Employeur

5.1	Nom ou raison sociale:	.....
5.2	Activité de l'entreprise:	.....
5.3	Adresse (2):	..... .....
5.4	Cachet	
	5.5	Date: .....
	5.6	Signature de l'employeur ou de son préposé .....

**6** Institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité (3) (6)

6.1	Dénomination:	.....
6.2	Adresse (2):	..... .....
6.3	Numéro d'immatriculation du travailleur:	.....
	6.4	Date: .....
6.5	Signature du travailleur	.....
	6.6	Signature de l'employeur ou de son préposé .....

**B. Validations successives (4)**

7 L'employeur désigné au cadre 5 certifie que le travailleur mentionné ci-dessus est toujours à son service à la date ci-après:

8	Date	8.1	Signature de l'employeur ou de son préposé
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour le travailleur

- a) *Le présent document est valable pendant le mois de sa délivrance et les deux mois civils qui suivent (voir points 5.5 et 8).*
- b) *Dans ces limites de validité, il vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille énumérés au cadre 2, de bénéficier des prestations en nature sur le territoire de l'État membre où vous vous trouvez dans l'exercice de votre travail.*
- c) *Quand vous avez besoin de prestations en nature, vous devez présenter au plus tôt ce document à l'institution d'assurance du pays où vous vous trouvez, c'est-à-dire:*

— **pour les prestations en cas de maladie ou de maternité:**

*en Belgique, la mutualité choisie;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*

*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*

*au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance — maladie des ouvriers;*

*aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*

— **pour les prestations en cas d'accident du travail:**

*en Belgique, la mutualité choisie;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*

*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL, Institut national d'assurance contre les accidents du travail);*

*au Luxembourg, l'Association d'assurance contre les accidents;*

*aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*

d) *Si votre employeur ne l'a pas fait, vous devez remplir le cadre 6 du formulaire.*

e) *Pour obtenir les prestations en nature, vous pouvez, au lieu du présent formulaire, présenter le formulaire E 111.*

## NOTES

(1) Sigle du pays où l'entreprise a son siège: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.

(2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.

(3) Si l'employeur, d'après la législation du pays compétent, n'est pas tenu de connaître l'institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité, ce cadre doit être rempli par le travailleur.

(4) Cette partie ne peut être remplie que s'il n'est survenu aucun changement dans les indications données à la partie A.

(5) A remplir seulement s'il s'agit d'une autre institution que celle visée au cadre 3.1.

(6) Pour les Pays-Bas, indiquer la caisse de maladie (Ziekenfonds).

E 111

(1)

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE PENDANT  
UN SÉJOUR DANS UN ÉTAT MEMBRE**

Règl. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31  
Règl. 574/72: art. 20.5; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 et 3

*L'institution compétente ou, le cas échéant, l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.*

<b>1</b>	Institution destinataire
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
1.3	Référence: votre formulaire E 107 du .....

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (2)		
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Adresse habituelle (3): .....			
2.3	Numéro d'immatriculation: .....			

<b>3</b>	Membres de la famille (4)			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
3.2	Adresse habituelle (3) (5): .....			

4 Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.  
Ces prestations peuvent être servies

4.1 (6)  du ..... au .....

4.2 (6)  pour les cas de maladie survenus jusqu'au ..... inclus

et pendant ..... jours ..... semaines

5 Institution compétente

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (3): .....

.....

5.3 Cachet

5.4 Lieu et date.....

5.5 Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour l'assuré et les membres de sa famille:

- a) *Le présent document permet*
- *au travailleur et aux membres de sa famille énumérés au cadre 3, qui se trouvent en séjour temporaire dans un pays autre que l'État compétent,*
  - *au titulaire de pension ou de rente et aux membres de sa famille énumérés au cadre 3, qui se trouvent en séjour temporaire dans un pays autre que celui où ils ont leur résidence habituelle,*
- d'obtenir des organismes assureurs du pays de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité et, à titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.*
- b) *Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur du pays de séjour, c'est-à-dire:*
- en Belgique, la mutualité choisie;*
  - en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*
  - en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*
  - en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*
  - au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*
  - aux Pays-Bas, l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*
- c) *Pour les personnes assurées en Italie, les prestations en cas d'affection tuberculeuse ne peuvent être servies qu'au vu d'une attestation délivrée par l'Institut national de la Prévoyance sociale (INPS).*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Indiquer uniquement les membres de la famille qui se rendent temporairement dans un autre État membre.
- (5) A indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente.
- (6) Les deux indications s'excluent. Donner uniquement celle qui convient et mettre une croix dans la case correspondante.



**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DES PRESTATIONS EN COURS  
DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ**

Règl. 1408/71: art. 22.1.b.i; art. 22.1.c.i; art. 22.3  
Règl. 574/72: art. 22.1 et 3; art. 23

L'institution compétente remet le formulaire à l'assuré, qui doit le présenter à l'institution d'assurance-maladie du lieu où il se rend.

1	Travailleur			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
.....				
1.2	Adresse dans le pays compétent (2):			
.....				
.....				
1.3	Adresse dans le pays où le travailleur se rend (2) (3):			
.....				
.....				
1.4	Numéro d'immatriculation: .....			

2	Membre de la famille qui se rend dans un autre État membre			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
.....				
2.2	Adresse dans le pays compétent (2) (4):			
.....				
.....				
2.3	Adresse dans le pays où l'intéressé se rend (2):			
.....				
.....				

3 La personne désignée (5)  au cadre 1  au cadre 2  
est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

en ..... (pays), où elle se rend

3.1 (5)  pour y établir sa résidence.

3.2 (5)  pour y recevoir des soins auprès de ..... (7).

4 Les dites prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation,

4.1 jusqu'au .....

**5** Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1 (5)  est joint à la présente sous pli fermé.

5.2 (5)  a été adressé le ..... à (6) .....

5.3 (5)  peut nous être demandé en communication.

**6** Institution compétente

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (2): .....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour l'assuré

*Vous devez présenter au plus tôt cette attestation à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu où vous vous rendez, c'est-à-dire:*

*en Belgique, la mutualité choisie;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*

*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*

*au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*

*aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou, en cas de séjour temporaire, l'ANOZ (Algemeen Nederlands Ouderling Ziekenfonds, mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui établit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>3</sup>) A indiquer seulement quand le formulaire concerne le travailleur lui-même.
  - (<sup>4</sup>) A indiquer seulement quand l'adresse du membre de la famille diffère de celle du travailleur.
  - (<sup>5</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>6</sup>) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.
  - (<sup>7</sup>) A préciser le cas échéant.
-

E 113

(1)

## HOSPITALISATION — NOTIFICATION D'ENTRÉE ET DE SORTIE

Règl. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 25.1 et 3; art. 31; art. 52.a; art. 55.1  
Règl. 574/72: art. 17.6; art. 20.6; art. 21.2; art. 22.2 et 3; art. 23; art. 26.3;  
art. 27; art. 31.2 et 3; art. 60.5; art. 62.8; art. 63.2

Ce formulaire doit être établi en cas de remboursement des prestations en nature sur la base des dépenses réelles. A remplir par l'institution du lieu de résidence ou de séjour, la partie A pour notifier l'entrée dans l'établissement hospitalier, la partie B pour notifier la sortie; à envoyer à l'institution compétente.

1	Institution compétente
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....

2	(3) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente		
	(3) <input type="checkbox"/> Chômeur	<input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente		
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Numéro d'immatriculation: .....			
2.3	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2): .....			

3	Membre de la famille hospitalisé			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
3.2	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2) (8): .....			

4 Référence:

4.1 (3)  votre formulaire ..... du ..... (4).

4.2 (3)  notre formulaire E 107 du .....

**A. Notification d'entrée**

- 5 La personne désignée <sup>(3)</sup>  au cadre 2  au cadre 3
- 5.1 a été hospitalisée le .....
- 5.2 dans l'établissement ci-après <sup>(5)</sup>: .....
- 5.3 par suite <sup>(3)</sup>  de maladie  de maternité  d'accident du travail <sup>(9)</sup>  
<sup>(3)</sup>  de maladie professionnelle <sup>(6)</sup>
- 5.4 L'hospitalisation se prolongera probablement jusqu'au .....
- 5.5  <sup>(7)</sup> Pièces justificatives ou rapport médical en annexe.

**B. Notification de sortie**

- 6 L'hospitalisation notifiée
- <sup>(3)</sup>  par notre formulaire E 113 en date du .....
- <sup>(3)</sup>  à la partie A ci-dessus
- a pris fin le .....

**7** Institution du lieu de résidence ou de séjour

- 7.1 Dénomination: .....
- 7.2 Adresse <sup>(2)</sup>: .....
- 7.3 Cachet
- 7.4 Date: .....
- 7.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (<sup>3</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>4</sup>) Numéro du formulaire attestant le droit de l'assuré aux prestations.
- (<sup>5</sup>) Dénomination de l'établissement hospitalier.
- (<sup>6</sup>) A indiquer si possible.
- (<sup>7</sup>) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.
- (<sup>8</sup>) A indiquer lorsque l'adresse du membre de la famille diffère de celle mentionnée au cadre 2.
- (<sup>9</sup>) Si la victime est assurée en Belgique, indiquer ci-après les nom et adresse de l'employeur.

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (<sup>2</sup>): .....

E 114

(1)

**OCTROI DE PROTHÈSES, DE GRAND APPAREILLAGE, ETC.**

Règl. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 24; art. 25.1 et 3; art. 31; art. 52.a et art. 55.1

Règl. 574/72: art. 17.7; art. 20.6; art. 21.2; art. 22.2 et 3; art. 23; art. 26.3;  
art. 27; art. 31.2 et 3; art. 60.6; art. 62.8; art 63.2 et 3

*Ce formulaire doit être établi en cas de remboursement des prestations en nature sur la base des dépenses réelles. L'institution du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet à l'institution compétente un ou deux exemplaires du formulaire selon que cette notification concerne, respectivement, le cas visé au point 7.1 ou au point 7.2. Si l'institution compétente estime devoir faire opposition au service des prestations, elle doit remplir la partie B et renvoyer un exemplaire du formulaire à l'institution du lieu de résidence ou de séjour.*

**A — Notification**

1 Institution compétente:

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

2 (3) (6)  Travailleur  Chômeur  Titulaire de pension ou de rente

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

2.2 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2):

2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 Membre de la famille concerné

3.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

3.2 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2) (7):

4 Référence:

4.1 (3)  votre formulaire ..... du ..... (4).

4.2 (3)  notre formulaire E 107 du .....

5 Nos services médicaux ont reconnu, pour la personne désignée

(3)  au cadre 2  au cadre 3

5.1 (3)  la nécessité  l'urgence absolue

5.2 des prestations suivantes: .....

6  Vous trouverez en annexe le rapport médical de contrôle (5).

7 Les prestations citées au point 5.2

7.1 (3)  ont déjà été servies d'urgence le .....

7.2 (3)  seront servies si nous ne recevons pas d'opposition motivée de votre part dans les 15 jours à date de l'envoi de la présente notification.

**8** Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature .....

**B — Opposition éventuelle de l'institution compétente**

**9** Institution du lieu de résidence ou de séjour

9.1 Dénomination: .....

9.2 Adresse (2): .....

10. Comme suite au point 7.2, nous avons l'honneur de vous faire savoir que les prestations indiquées au point 5.2 ne peuvent être accordées.

Motif:

.....  
.....

**11** Institution compétente

11.1	Dénomination:	.....
11.2	Adresse (2):	..... .....
11.3	Cachet	
		11.4 Date: .....
		11.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (<sup>3</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>4</sup>) Numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit de l'intéressé aux prestations.
- (<sup>5</sup>) Si le rapport médical est joint au formulaire, mettre une croix dans la case prévue.
- (<sup>6</sup>) Si la victime est assurée en Belgique, indiquez ci-après les nom et adresse de l'employeur:

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (<sup>2</sup>): .....

- (<sup>7</sup>) A indiquer seulement lorsque l'adresse du membre de la famille diffère de celle mentionnée au cadre 2.
-

E 115

(1)

## DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règl. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii  
Règl. 574/72: art. 18.2. et 3; art. 24; art. 26.5 et 7; art. 61.2 et 3; art. 64

*Si le formulaire concerne un travailleur en activité, il doit être établi en un seul exemplaire et adressé à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Par contre, s'il concerne un chômeur, il y a lieu d'établir deux exemplaires supplémentaires, dont l'un sera adressé à l'institution compétente en matière d'assurance-chômage, l'autre à l'institution correspondante du pays où le chômeur s'est rendu pour y chercher du travail (voir également note 8).*

1 Institution compétente

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

2 (3)  Travailleur  Chômeur

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

2.2 Adresse dans le pays compétent (2): .....

2.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2): .....

2.4 Numéro d'immatriculation: .....

2.5 porteur du formulaire E 119 délivré le ..... (4)

et du formulaire E 303 délivré le ..... (4)

3 Employeur (5)

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse (2): .....

3.3 Activité de l'entreprise: .....

**A**  (6) Demande de prestations

4 La personne désignée au cadre 2 a sollicité le .....  
l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite

- 4.1 (3)  de maladie (7)  de maternité  
(3)  d'accident du travail survenu le .....  
(3)  de maladie professionnelle

5 Le certificat du médecin traitant

- (3)  est joint  n'a pu être fourni

6 D'après notre médecin contrôleur, dont on trouvera le rapport en annexe,

- 6.1 (3)  l'incapacité de travail a débuté le .....  
et se prolongera probablement jusqu'au .....  
6.2 (3)  il n'y a pas incapacité de travail (8)

7 (3)  L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation, et en particulier:

.....  
.....

8 (3)  L'incapacité de travail est présumée avoir été causée par un accident où la responsabilité d'un tiers est engagée.

8.1 (3)  On trouvera en annexe un rapport concernant cet accident et l'adresse du tiers dont la responsabilité est engagée.

9 (3)  Nous sommes disposés à servir les prestations en espèces à l'intéressé pour votre compte. Veuillez nous faire savoir si vous êtes d'accord sur cette procédure et, dans l'affirmative, nous fournir toutes indications utiles en vue du paiement des prestations.

10 (3)  Nous ne sommes pas disposés à servir à l'intéressé les prestations en espèces pour votre compte.

**B**  (6) Prolongation de l'incapacité de travail

11 Comme suite à

11.1 (3)  notre formulaire E 115 du .....

11.2 (3)  votre formulaire E 117 du .....

11.3 nous avons l'honneur de vous faire savoir que d'après l'avis de notre médecin contrôleur, dont vous trouverez le rapport en annexe, la personne indiquée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au

.....

**12** Institution du lieu de résidence ou de séjour

12.1 Dénomination:	.....
12.2 Adresse (2):	..... .....
12.3 Cachet	12.4 Date: ..... 12.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>3</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>4</sup>) A remplir seulement quand le formulaire concerne un chômeur.
  - (<sup>5</sup>) Pour les chômeurs, indiquer le dernier employeur.
  - (<sup>6</sup>) Les parties A et B s'excluent; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie.
  - (<sup>7</sup>) Ou d'accident de droit commun.
  - (<sup>8</sup>) Joindre copie du formulaire E 118 adressé à l'intéressé.
-

**RAPPORT MÉDICAL EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (MALADIE, MATERNITÉ, ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE)**

Règl. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii, 1.b.ii et 1.c.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii, 1.b.ii et 1.c.ii  
Règl. 574/72: art. 18.2 et 3; art. 24; art. 26.5 et 7; art. 61.2 et 3; art. 64; art. 65.2 et 4

A remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 107 ou E 115; à annexer à ce formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité. Ce formulaire doit être utilisé tant pour l'octroi des prestations en nature que pour celui des prestations en espèces. Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance-maladie.

1 Institution compétente destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

1.3 Référence: notre formulaire E 116 du .....

2 Annexe au formulaire (3)  E 107 du .....

(3)  E 115 du .....

3 (3)  Travailleur  Chômeur

3.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

3.2 Numéro d'immatriculation .....

3.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2):

4  (5) **Partie A — Premier rapport médical**

5 Je soussigné, ....., docteur en médecine, après avoir examiné la personne désignée ci-dessus

le .....

5.1 estime qu'il s'agit

(3)  d'un cas de maladie (6)  d'un cas de maternité

5.2 qu'il s'agit probablement

(3)  d'un accident du travail  d'une maladie professionnelle

5.3 et certifie ce qui suit:

**6** A remplir quand il s'agit d'un cas de maladie <sup>(6)</sup>, de maternité, de maladie professionnelle

- 6.1 Anamnèse et symptômes actuels <sup>(10)</sup>: .....
- .....
- .....
- 6.2 Examen clinique
- 6.3 État général: ..... Poids: ..... Taille: ..... <sup>(10)</sup>
- 6.4 Autres constatations: .....
- .....
- .....
- 6.5 Examens techniques <sup>(11)</sup>: .....
- .....
- 6.6 Diagnostic: .....
- 6.7 Conclusions:
- 6.8 <sup>(3)</sup>  L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler.
- 6.9 <sup>(3)</sup>  L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir  
du ..... jusqu'au .....
- 6.10 <sup>(3)</sup>  L'intéressé sera soumis à un nouveau contrôle médical  
le .....

**7** A remplir quand il s'agit d'un accident du travail vérifié ou présumé

- 7.1 Cet accident a produit les lésions suivantes <sup>(7)</sup>: .....
- .....
- .....
- 7.2 Ces lésions <sup>(3)</sup>  ont eu  auront les conséquences suivantes <sup>(8)</sup>: .....
- .....
- 7.3  <sup>(4)</sup> L'intéressé a besoin de soins médicaux.
- 7.4 Son incapacité de travail a débuté le .....
- 7.5 La victime est soignée
- <sup>(3)</sup>  à son domicile  au domicile du médecin
- <sup>(3)</sup>  à l'hôpital  dans un autre endroit
- Adresse <sup>(2)</sup> <sup>(9)</sup>: .....
- .....

8  (5) **Partie B — Dernier rapport médical** (12)

9 Le traitement a pris fin le .....

10 Les lésions

10.1 (3)  sont consolidées à la date du ..... sans séquelles.

10.2 (3)  sont consolidées à la date du ..... et auront probablement les conséquences suivantes:

.....  
.....  
.....

11 Description détaillée de l'état de la victime après guérison ou à la fin du traitement médical:

.....  
.....  
.....

12 **Partie C**

12.1 (4)  L'intéressé aura encore besoin de soins.

12.2 (4)  L'intéressé est en état de travailler à partir du .....

**13** Institution du lieu de résidence ou de séjour

13.1 Dénomination: .....

13.2 Adresse (2): .....  
.....

13.3 Cachet

13.4 Date: .....

13.5 Signature du médecin  
.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.
  - (5) Les parties A et B s'excluent. Remplir celle qui convient et mettre une croix dans la case correspondante.
  - (6) Y compris les accidents de droit commun.
  - (7) Indiquer le genre et la nature des lésions, la partie de corps lésée: fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.
  - (8) Indiquer les conséquences certaines ou probables des lésions constatées: décès, incapacité permanente ou temporaire totale ou partielle; en cas d'incapacité temporaire, préciser la durée.
  - (9) Si la victime est soignée à l'hôpital, donner également la dénomination de celui-ci.
  - (10) Renseignements à donner dans la limite des nécessités.
  - (11) Indiquer le genre d'examen et la date.
  - (12) A remplir quand il s'agit d'un accident du travail.
-

E 117

(1)

### OCTROI DE PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règl. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii

Règl. 574/72: art. 18.6 et 8; art. 24; art. 26.7; art. 61.6 et 8; art. 64

L'institution compétente remplit le présent formulaire et l'adresse à l'institution du lieu de résidence ou de séjour. L'institution compétente doit également informer le travailleur dans le cas où les prestations en espèces sont versées par l'institution du lieu de résidence (Règl. 574/72, art. 61.8).

1 Institution du lieu de résidence ou de séjour

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

2 Référence: votre formulaire E 115 du .....

3 (3)  Le travailleur  Le chômeur désigné ci-après

3.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

3.2 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2):

3.3 Numéro d'immatriculation: .....

4 (3)  a droit aux prestations en espèces, provisoirement et sauf prorogation éventuelle,  
du ..... au .....

4.1 (3)  n'a pas droit aux prestations en espèces  
Motif: voir E 118 ci-joint.

4.2 (3)  n'a plus droit aux prestations en espèces à partir du .....  
Motif: voir E 118 ci-joint.

5 Ces prestations seront servies (4)

5.1 (3)  par nos soins à l'adresse citée au point 3.2, par mandat-poste international

5.2 (3)  par nos soins au retour de l'intéressé dans notre pays.

5.3 (3)  par vos soins pour notre compte.

6 (4) (5)

6.1 L'indemnité doit être servie:

6.2 pour tous les jours de la semaine, sauf (3)  le lundi  le mardi  le mercredi  
(3)  le jeudi  le vendredi  le samedi  le dimanche

6.3 Le montant journalier net de cette indemnité est de  
..... (6) si l'assuré n'est pas hospitalisé  
..... (6) en cas d'hospitalisation.

7 Nous vous prions de bien vouloir nous communiquer dès que possible le résultat

- 7.1 (3)  d'un examen ..... (7)
- 7.2 (3)  d'un contrôle administratif
- 7.3 (3)  d'un nouveau contrôle médical, à effectuer vers le .....

8 Institution compétente

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) Ce renseignement est superflu dans le cas des chômeurs pour lesquels a été émis un formulaire E 119.
  - (5) A remplir uniquement dans le cas indiqué au point 5.3.
  - (6) Indiquer le montant dans la monnaie du pays compétent.
  - (7) Indiquer le genre d'examen médical demandé (radiographie, analyse de . . . , etc.).
-

E 118

(1)

**NOTIFICATION DE NON-RECONNAISSANCE OU DE FIN  
DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

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

Si le formulaire concerne un travailleur en activité, l'institution du lieu de résidence ou de séjour (ou l'institution compétente) en établit deux exemplaires, dont l'un sera adressé au travailleur lui-même, l'autre à l'institution d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du pays compétent (du lieu de résidence ou de séjour). S'il concerne un chômeur, il y a lieu d'établir, outre les deux exemplaires précédents (dont l'un destiné au chômeur lui-même), deux exemplaires supplémentaires dont l'un sera adressé à l'institution compétente d'assurance-chômage et l'autre à l'institution du pays où le chômeur s'est rendu pour y chercher du travail.

1 (2)  Travailleur  Chômeur

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
.....				
1.2	Numéro d'immatriculation: .....			
1.3	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (3): ..... .....			

2 (2)  Institution compétente  Institution du lieu de résidence ou de séjour

2.1	Dénomination: .....
2.2	Adresse (3): .....
.....	

3 (2)  Des faits qui ont été portés à notre connaissance,  
(2)  du contrôle effectué par notre médecin le .....,  
il résulte que

- 3.1 (2)  votre incapacité de travail n'est que partielle.  
3.2 (2)  vous n'êtes pas incapable de travailler.  
3.3 (2)  votre incapacité de travail à pris fin le .....

Le dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces est le.....

**4** (2)  Institution du lieu de résidence ou de séjour  Institution compétente

4.1	Dénomination: .....
4.2	Adresse (3): .....
4.3	Cachet
4.4	Date: .....
4.5	Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 5 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**Indications pour le travailleur ou le chômeur**

*Vous pouvez éventuellement introduire un recours contre la décision qui vous est communiquée par le présent document. Les délais et modalités de recours sont indiqués en annexe.*

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.

**VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS**

Règl. 574/72: art. 18.4

**1. BELGIQUE**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire un recours par requête écrite, datée et signée, déposée ou adressée sous pli recommandé, dans le mois de la notification de la décision contestée, au greffe du tribunal du travail compétent.

Par tribunal du travail compétent, il faut entendre:

- a) si vous êtes domicilié en Belgique, le tribunal du travail de la circonscription où se trouve votre domicile;
- b) si vous n'avez pas ou si vous n'avez plus de domicile en Belgique, le tribunal du travail de la circonscription où se trouvait votre dernier domicile ou votre dernière résidence en Belgique;
- c) si vous n'avez pas eu de domicile ou de résidence en Belgique, le tribunal du travail de la circonscription de votre dernière occupation en Belgique.

**2. FRANCE**

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la réception de la notification pour introduire un recours auprès du médecin-chef de la caisse primaire d'assurance-maladie désignée ci-après:

Dénomination: .....  
Adresse: .....  
.....

**3. ITALIE**

**Décisions de l'INAM (assurance-maladie)**

Les décisions de rejet prises par les instances médicales compétentes de l'INAM (médecin chef de section) en matière médicale (existence de l'état de maladie, incapacité de travail, nécessité objective d'une prestation, etc.) peuvent être contestées par l'assuré, qui doit adresser son recours, **dans les 15 jours à dater de la notification** de la décision, à la commission médicale provinciale (Collegio medico provinciale) par l'intermédiaire de la section territoriale de l'INAM.

Le cas échéant, l'intéressé devra indiquer dans son recours le médecin de son choix; celui-ci, dans cette hypothèse, fera partie de la commission médicale attachée au siège provincial compétent de l'INAM.

En tout état de cause, la charge des honoraires dus au médecin désigné par l'intéressé, ainsi que celle des frais de voyage éventuels, incombe à l'assuré.

Si la commission médicale provinciale confirme la décision du médecin chef de section, l'intéressé a la faculté de présenter un recours au comité exécutif de l'INAM, par l'intermédiaire du siège provincial, dans le délai d'un an à compter de la date de notification de la décision (art. 6 de la loi 138 du 11. 1. 1943).

C'est à cette instance également qu'il y a lieu d'adresser les recours contre les refus éventuels de prestations pour non-observation des formalités prévues par la législation du pays de résidence.

**Décisions de l'INPS (tuberculose)**

Les décisions de rejet prises par l'INPS en matière de prestations contre la tuberculose peuvent faire l'objet, en première instance, d'un recours adressé, dans les 90 jours à compter de la notification de la décision, à la commission provinciale (Comitato provinciale) attachée au siège provincial qui a pris la décision.

Si un délai de 90 jours, à compter de la date de présentation du recours, s'écoule sans que la commission provinciale se soit prononcée, le recours doit être considéré comme rejeté; l'intéressé peut alors, dans les 90 jours à compter de la fin de ce délai, présenter un recours en seconde instance à la Commission spéciale de l'assurance-tuberculose (Comitato speciale per l'assicurazione contro la tubercolosi).

Faute de décision sur ce second recours dans les 90 jours à compter de la date de sa présentation, l'intéressé peut, dans un délai de 5 ans, s'adresser à l'autorité judiciaire.

**Décisions de l'INAIL (accidents du travail et maladies professionnelles)**

L'assuré qui entend contester une décision de l'INAIL peut, dans les 60 jours à compter de la réception de la notification qui lui a été adressée, faire connaître à l'INAIL, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre expédiée contre récépissé, les motifs pour lesquels il estime que la décision n'est pas justifiée; s'il s'agit d'une incapacité permanente, il devra préciser le taux d'indemnisation auquel il estime avoir droit; en tout état de cause, il joindra à son recours un certificat médical indiquant les éléments à l'appui de sa demande.

S'il ne reçoit pas de réponse dans le délai de 60 jours à compter de la date de l'accusé de réception ou du récépissé visé à l'alinéa précédent, ou s'il estime que cette réponse n'est pas satisfaisante, il pourra citer l'INAIL devant les instances judiciaires (art. 104 du «texte unifié» approuvé par le décret présidentiel 1124 du 30. 6. 1965).

L'opposition peut être présentée à l'INAIL soit directement, soit par l'intermédiaire de l'institution du lieu de résidence ou de séjour.

**4. PAYS-BAS**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire un recours dans un délai raisonnable auprès de l'institution néerlandaise compétente.

---

## ATTESTATION CONCERNANT LE DROIT DES CHÔMEURS ET DES MEMBRES DE LEUR FAMILLE AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

*Règl. 1408/71: art. 25.1 et 3*

*Règl. 574/72: art. 26.1*

*Le formulaire doit être remis au chômeur par l'institution compétente ou envoyé par celle-ci à l'institution du lieu de résidence ou de séjour s'il a été établi à la demande de cette dernière.*

### 1 Institution du lieu de résidence ou de séjour (2)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

1.3 Référence: votre formulaire (4)  E 107 du .....  E 115 du .....

### 2 Chômeur

2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....

2.2 Numéro d'immatriculation: .....

2.3 Adresse dans le pays où l'intéressé cherche du travail (3):

.....

.....

### 3 Dernier employeur

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse (3): .....

.....

4 L'intéressé désigné ci-dessus a droit aux prestations de l'assurance maladie-maternité (en nature et en espèces pour lui-même, en nature pour les membres de sa famille), à condition que l'institution d'assurance-chômage du pays où il s'est rendu pour chercher du travail ait fourni à l'institution d'assurance maladie-maternité du même pays un formulaire E 303 contenant l'attestation prévue à l'article 26.2, premier alinéa, du règlement 574/72.

5 Les prestations en nature peuvent être servies

5.1 (4)  pendant une durée n'excédant pas celle fixée pour le droit aux prestations de chômage.

5.2 (4)  pour les cas de maladie survenus jusqu'au .....

inclus et pendant ..... jours ..... semaines

6 En cas d'incapacité de travail, les prestations en espèces peuvent être servies

6.1 (4)  pendant une durée n'excédant pas celle fixée pour le droit aux prestations de chômage.

6.2 (4)  pour les cas de maladie survenus jusqu'au .....  
 et pendant ..... jours ..... semaines

7 Ces prestations en espèces seront servies

7.1 (4)  par nos soins, par mandat-poste international à l'adresse ci-dessus.

7.2 (4)  par vous pour notre compte.

**8** (5)

8.1 L'indemnité devra être servie:

8.2 (4)  pour les mêmes jours de la semaine que ceux prévus pour l'assurance-chômage.

8.3 (4)  pour tous les jours de la semaine, sauf (4)  le lundi  le mardi  
 (4)  le mercredi  le jeudi  le vendredi  le samedi  le dimanche

**9** (5)

9.1 Le montant journalier net de cette indemnité:

9.2 (4)  est égal à celui prévu de la part de l'assurance-chômage.

9.3 (4)  est de ..... (6) si l'assuré n'est pas hospitalisé  
 et de ..... (6) en cas d'hospitalisation.

**10** Institution compétente (7)

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour le chômeur

- a) *Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance-maladie pour vous et pour les membres de votre famille, vous devez vous adresser à l'institution suivante:*
- en Belgique, la mutualité choisie;*
  - en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*
  - en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*
  - en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*
  - au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*
  - aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou de séjour.*
- Outre ce formulaire E 119, il est nécessaire que vous soyez en possession d'un exemplaire du formulaire E 303/3 dont le point 7 aura été rempli par l'institution d'assurance-chômage du pays où vous cherchez du travail.*
- b) *Pour obtenir les prestations en espèces pour vous-même en cas d'incapacité de travail ou d'hospitalisation, vous devez présenter à l'institution d'assurance indiquée au point a) ci-dessus les formulaires cités au même endroit, ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail délivré par votre médecin traitant (sauf si vous vous trouvez aux Pays-Bas).*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire; B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A remplir uniquement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Remplir ce cadre uniquement quand les prestations en espèces doivent être servies par l'institution du lieu de résidence ou de séjour.
- (6) Indiquer le montant dans la monnaie du pays compétent.
- (7) Si ce formulaire est émis par une institution des Pays-Bas, les prestations en nature sont à la charge du «Ziekenfondsraad», à Amstelveen; les prestations en espèces sont à la charge de l'institution signataire.
-



**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE POUR LES DEMANDEURS  
DE PENSION OU DE RENTE ET LES MEMBRES DE LEUR FAMILLE**

Règl. 1408/71: art. 26.1

Règl. 574/72: art. 28

*L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'intéressé, qui doit les présenter à l'institution de son lieu de résidence. Celle-ci, quand elle reçoit les exemplaires en question, en remplit la partie B et transmet un des exemplaires à l'institution mentionnée au cadre 6. Le cas échéant, les deux exemplaires sont d'abord transmis à l'institution qui doit remplir les cadres 5 et 6.*

**A — Notification du droit**

1	Institution du lieu de résidence (2)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
1.3	Référence: votre formulaire E 107 du .....

2	Demandeur de pension ou de rente			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Adresse dans le pays de résidence (3): .....			
2.3	Numéro d'immatriculation: .....			

3	A remplir par l'institution à laquelle la demande de pension ou de rente a été présentée					
3.1	L'intéressé indiqué ci-dessus a présenté le ..... une demande de pension ou de rente					
	(4) <input type="checkbox"/>	de vieillesse	<input type="checkbox"/>	d'invalidité	<input type="checkbox"/>	de survie
	(4) <input type="checkbox"/>	d'accident du travail	<input type="checkbox"/>	de maladie professionnelle		
3.2	(7) <input type="checkbox"/>	Il résulte de l'examen de cette demande que l'intéressé est susceptible d'obtenir une pension à notre charge.				

## 4 Institution qui a rempli le cadre 3

4.1	Dénomination:	.....
4.2	Adresse (3):	..... .....
4.3	Cachet	
	4.4	Date: .....
	4.5	Signature .....

## 5 A remplir par l'institution à laquelle a été présentée la demande de pension ou de rente ou par l'institution d'assurance maladie-maternité du pays où cette demande a été présentée

5.1	L'intéressé indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (5)	
5.2	à partir du .....	et jusqu'à annulation de la présente attestation.

## 6 Institution qui a rempli le cadre 5

6.1	Dénomination:	.....
6.2	Adresse (3):	..... .....
6.3	Cachet	
	6.4	Date: .....
	6.5	Signature .....

**B — Notification de l'inscription ou de la non-inscription**

## 7 Institution compétente

7.1	Dénomination:	.....
7.2	Adresse (3):	..... .....

**8** (6)

8.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas pu être inscrits. Motif:

.....

.....

**9** (6)

9.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et des membres de sa famille indiqués ci-après ont été inscrits le

.....

**10** Membres de la famille inscrits

	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....

**11** Institution du lieu de résidence

11.1 Dénomination: .....

11.2 Adresse (3): .....

.....

11.3 Cachet

11.4 Date: .....

11.5 Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour l'assuré

- a) *La présente attestation vous donne, à vous-même et aux membres de votre famille, le droit de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays de votre résidence.*
- b) *Vous devez, dès que possible, présenter les deux exemplaires de cette attestation qui sont en votre possession à une des institutions d'assurance désignées ci-après:*
- en Belgique, la mutualité choisie;*
- en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*
- en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*
- en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie);*
- au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*
- aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence.*
- c) *Vous devez signaler, à l'institution d'assurance à laquelle vous aurez remis le formulaire, tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (octroi de la pension ou de la rente demandée, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc).*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A remplir seulement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Si l'attestation est émise par une institution d'assurance italienne, le droit aux prestations en cas d'affection tuberculeuse doit être attesté par l'Institut National de la Prévoyance sociale (INPS).
- (6) Remplir le cadre 8 ou le cadre 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
- (7) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.
-

E 121

(1)

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES TITULAIRES DE PENSION  
OU DE RENTE ET LA TENUE DES INVENTAIRES**

Règl. 1408/71: art. 28.1

Règl. 574/72: art. 29.1, 2 et 3; art. 95.4

*L'institution qui doit délivrer l'attestation conformément à l'art. 29.2 du règl. 574/72 remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou de rente, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été demandé par celle-ci. Le cas échéant, les deux exemplaires sont d'abord transmis à l'institution qui doit remplir les cadres 5 et 6. L'institution du lieu de résidence, au reçu des deux exemplaires, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution désignée au cadre 6.*

**A — Notification du droit**

1	Institution du lieu de résidence (2)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
1.3	Référence: votre formulaire E 107 du .....

2	Titulaire de pension ou de rente			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Adresse dans le pays de résidence (3): .....			
2.3	Date du transfert éventuel de résidence: .....			
2.4	Numéro d'immatriculation: .....			

3	A remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente			
3.1	L'intéressé désigné ci-dessus est titulaire d'une pension ou d'une rente			
	(4) <input type="checkbox"/> de vieillesse	<input type="checkbox"/> d'invalidité	<input type="checkbox"/> de survie	
	(4) <input type="checkbox"/> d'accident du travail	<input type="checkbox"/> de maladie professionnelle		
3.2	depuis le .....			
3.3	Numéro de la pension ou de la rente: .....			

## 4 Institution qui a rempli le cadre 3

- 4.1 Dénomination: .....
- 4.2 Adresse (3): .....
- 4.3 Cachet
- 4.4 Date: .....
- 4.5 Signature
- .....

## 5 A remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente ou par l'institution d'assurance maladie-maternité du pays débiteur de la pension ou de la rente

- 5.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie-maternité à partir du .....
- 5.2 Le coût des prestations à servir dans leur pays de résidence, autre que le pays compétent, est à notre charge
- 5.3 à partir du ..... et jusqu'à annulation de la présente attestation.
- 5.4 (5)  La délivrance de la présente attestation met fin à la validité du formulaire E 120 du .....

## 6 Institution qui a rempli le cadre 5

- 6.1 Dénomination: .....
- 6.2 Adresse (3): .....
- 6.3 Cachet
- 6.4 Date: .....
- 6.5 Signature
- .....

**B — Notification de l'inscription ou de la non-inscription**

## 7 Institution désignée au cadre 6

- 7.1 Dénomination: .....
- 7.2 Adresse (3): .....
- .....

8 (6) 

8.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas pu être inscrits

8.2 (4)  parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature en vertu de la législation de notre pays.8.3 (4)  Autres motifs: .....9 (6) 

9.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille ont été inscrits.

9.2 Membres de la famille inscrits (7):

9.3 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

9.4 .....

9.5 .....

9.6 .....

9.7 .....

9.8 .....

9.9 .....

9.10 .....

9.11 .....

9.12 Le coût de ces prestations est à votre charge; la date à prendre comme point de départ pour le calcul du forfait visé à l'article 95 du règl. 574/72 est le .....

10 Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour le titulaire de pension ou de rente

- a) Vous devez remettre au plus tôt les deux exemplaires du présent formulaire à l'institution d'assurance suivante:
- en **Belgique**, la mutualité choisie;
  - en **Allemagne**, l'*Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie)*;
  - en **France**, la caisse primaire d'assurance-maladie;
  - en **Italie**, le siège provincial de l'*Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie)*;
  - au **Luxembourg**, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;
  - aux **Pays-Bas**, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;
- b) Vous devez signaler, à l'institution d'assurance à laquelle vous aurez remis le formulaire, tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (suspension ou suppression de la pension ou de la rente, changement de votre lieu de résidence ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A remplir seulement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.
- (6) Remplir le cadre 8 ou le cadre 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
- (7) A remplir seulement par les institutions néerlandaises.
-

**ATTESTATION EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS EN NATURE AUX  
MEMBRES DE LA FAMILLE DES TITULAIRES DE PENSION OU DE RENTE**

**Membres de la famille qui résident dans un autre État membre que le titulaire**

Règl. 1408/71: art. 29.1

Règl. 574/72: art. 30.1

*L'institution d'assurance-maladie du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence des membres de la famille si le formulaire est établi à la demande de celle-ci. Cette institution, au reçu des deux exemplaires en question, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution d'assurance-maladie du lieu de résidence du titulaire. Si les membres de la famille résident dans plusieurs pays différents, établir une attestation distincte pour chacun de ces pays.*

**A — Notification du droit**

1 (2) Institution destinataire

1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
1.3	Référence: votre formulaire E 107 du .....

2 Titulaire de pension ou de rente

2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
2.2	Adresse (3): .....			
2.3	Numéro d'immatriculation: .....			

3 L'intéressé a droit, pour lui-même et pour les membres de sa famille, aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.

4 Pour l'octroi de ces prestations aux membres de la famille, la présente attestation est valable

(4)  à partir du ..... jusqu'à réception de la notification de son annulation.

(4)  12 mois à dater de sa délivrance (5).

5 Institution compétente

5.1	Dénomination: .....
5.2	Adresse (3): .....
5.3	Cachet
5.4	Date: .....
5.5	Signature

**B — Notification de l'inscription**

6 Institution compétente

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (3): .....

7 (6)  Les membres de la famille du titulaire de pension ou de rente indiqué au cadre 2 n'ont pas été inscrits.  
Motif:.....  
.....8 (6)  Les membres suivants de la famille du titulaire de pension ou de rente indiqué au cadre 2 ont été inscrits:

9 Membres de la famille inscrits

	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....

10 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Instructions pour le titulaire de pension ou de rente

- a) *Le présent formulaire donne aux membres de votre famille le droit de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dans le pays de leur résidence selon la législation de ce pays, à moins qu'ils n'y aient déjà droit en vertu de cette même législation.*
- b) *Dès que les deux exemplaires de ce formulaire seront en votre possession, vous devrez les faire parvenir aux membres de votre famille; ceux-ci devront les présenter immédiatement à une institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c.à.d.:*
- en Belgique, la mutualité choisie;*
- en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*
- en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*
- en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, Institut national d'assurance-maladie)*
- au Luxembourg, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers;*
- aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence.*
- c) *Ce formulaire est valable depuis la date et pour la durée indiquées au point 4.*
- d) *Les membres de votre famille doivent signaler, à l'institution d'assurance à laquelle ils auront remis le formulaire, tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature, et en particulier tout changement de leur lieu de résidence.*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A remplir seulement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Dans le cas où le formulaire est émis par une institution française.
- (5) Remplir le point 7 ou le point 8 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE  
CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

*Règl. 1408/71: art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i, c.i*

*Règl. 574/72: art. 60.1; art. 62.4 et 7; art. 63.1 et 3*

*Quand le formulaire a été demandé par l'institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé au moyen d'un formulaire E 107, il doit être adressé à ladite institution; dans les autres cas, il doit être remis au travailleur.*

1 Institution du lieu de résidence ou de séjour (2)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

1.3 Référence: votre formulaire E 107 du .....

2 Travailleur

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

2.2 Adresse dans le pays compétent (3):

2.3 Adresse dans le pays où l'intéressé se rend (3):

2.4 Numéro d'immatriculation: .....

3 En raison

3.1 (4)  des éléments indiqués dans votre formulaire E 107 du .....

3.2 (4)  de l'accident du travail survenu le .....

et entraînant les conséquences suivantes:

3.3 (4)  de la maladie professionnelle constatée le .....

et entraînant les conséquences suivantes:

3.4 (4)  de l'autorisation que nous avons accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature en ..... (pays) où il se rend

(4)  pour y établir sa résidence  pour y recevoir des soins

4 le travailleur désigné ci-dessus peut bénéficier des prestations en nature

(4)  pour accident du travail  pour maladie professionnelle

4.1 (4)  pendant la durée prévue par les dispositions de la législation du pays de sa résidence.

4.2 (4)  jusqu'au .....

4.3 (4)  pendant trois mois au plus

4.4 (4)  sans restriction de temps.

**5** Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1 (4)  est joint sous pli fermé.

5.2 (4)  a été envoyé le ..... à (5) .....  
.....

5.3 (4)  peut nous être demandé.

**6** Institution compétente

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (3): .....  
.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature  
.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour l'assuré

*Vous devez présenter au plus tôt cette attestation à l'institution d'assurance du pays où vous vous êtes rendu, c'est-à-dire:*

*en Belgique, la mutualité choisie;*

*en Allemagne, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);*

*en France, la caisse primaire d'assurance-maladie;*

*en Italie, le siège provincial de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL, Institut national d'assurance contre les accidents du travail);*

*au Luxembourg, l'Association d'assurance contre les accidents;*

*aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou, en cas de séjour temporaire, l'ANOZ (Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds, Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), Kromme Nieuwe Gracht, 56, à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ.*

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé.
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (5) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.
-

DEMANDE D'ALLOCATION DE DÉCÈS

Règl. 1408/71: art. 65  
Règl. 574/72: art. 78

1	Le soussigné			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
1.2	Numéro d'immatriculation (2): .....			
1.3	Institution qui l'assure (2) (3): .....			
1.4	Lien de parenté avec le défunt: .....			
1.5	Adresse (4): .....			

2 demande à bénéficier d'une allocation en raison du décès du

3	(5) <input type="checkbox"/> travailleur	<input type="checkbox"/> titulaire de pension ou de rente		
	(5) <input type="checkbox"/> membre de sa famille	<input type="checkbox"/> demandeur de pension ou de rente		
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
3.2	Numéro d'immatriculation (2): .....			
3.3	Date du décès: .....			
3.4	Cause du décès:			
	(5) <input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident	<input type="checkbox"/> accident du travail	
	(5) <input type="checkbox"/> maladie professionnelle		<input type="checkbox"/> autres causes	
3.5	Institution par laquelle le défunt était assuré (2) (3): .....			

4 Le demandeur d'allocation (5)  était  n'était pas à la charge du défunt

5 Le défunt (5)  était  n'était pas à la charge du demandeur d'allocation

6 La dépense des obsèques s'élève à (6) ..... ; elle a été payée  
par .....

7 Vous trouverez en annexe les documents suivants: .....

8. Date: .....

8.1 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 2 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Instructions pour le demandeur

a) Pour bénéficier de l'allocation de décès, vous devez, au moyen du présent formulaire, adresser une demande

- soit à l'institution d'assurance compétente,
- soit à l'institution d'assurance de l'endroit où vous vous trouvez, c'est-à-dire:
  - en **Belgique**, une mutualité à votre choix;
  - en **Allemagne**, l'Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK, caisse locale de maladie);
  - en **France**, la caisse primaire d'assurance-maladie;
  - en **Italie**, le siège provincial de l'INAM, de l'INPS ou de l'INAIL selon le cas;
  - au **Luxembourg**, la Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers.

b) Vous devez joindre à votre demande les documents suivants:

- en **Belgique**, un extrait de l'acte de décès, délivré par l'administration communale;
  - les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
- en **Allemagne**, l'acte de décès;
- en **France**,
  - dans tous les cas, le « bulletin de décès » de l'assuré;
  - en outre, selon le cas,
    - si vous étiez l'époux ou l'épouse de l'assuré, la « fiche familiale » d'état-civil;
    - si vous êtes son descendant (fils, fille, petit-fils, etc.), la « fiche familiale » d'état civil établissant son lien de parenté avec vous ;
    - si vous êtes son ascendant (père, mère, grand-père, etc.), sa « fiche individuelle » d'état-civil;
    - si vous étiez à sa charge à un autre titre, une attestation sur l'honneur, indiquant que vous étiez à sa charge totale, effective et permanente.
- en **Italie**, le certificat de décès,
  - le document d'immatriculation,
  - l'état de famille s'il y a lieu;
- au **Luxembourg**, l'acte de décès;
  - les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
  - le cas échéant, un certificat de l'administration communale attestant la communauté domestique.

## NOTES

- (1) Sigle du pays de résidence du demandeur d'allocation: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A indiquer uniquement quand il s'agit d'un travailleur ou d'un titulaire (ou demandeur) de pension ou de rente.
- (3) Indiquer la dénomination et l'adresse.
- (4) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (5) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (6) A indiquer dans la monnaie du pays de résidence du demandeur d'allocation.

E 125

(1)

**RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES**

Règl. 1408/71: art. 36.1 et 2; art. 63.1; art. 87.1  
Règl. 574/72: art. 93.1, 2, 4 et 5; art. 105.1

Remplir un formulaire par bénéficiaire. Les institutions italiennes rempliront en outre l'annexe 1 ou l'annexe 2 selon le cas.

1 Facture n° ..... (2) (3)  1<sup>er</sup> semestre  2<sup>e</sup> semestre de l'exercice.....

2 Institution compétente destinataire

2.1 Dénomination: .....

2.2 Adresse (4): .....

3 Assuré

3.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

3.2 Numéro d'immatriculation: .....

4 Membre de la famille (5)

4.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance

5 La personne indiquée (3)  au cadre 3  au cadre 4 a bénéficié des prestations en vertu de l'article

5.1 (3)  19.1 et 2  22.1 et 3  25.1, 3 et 4  26  29.1  31  52  55.1  
du règlement 1408/71

au vu des formulaires suivants qui nous ont été adressés:

5.2 (3)  formulaire E ..... du .....  formulaire E 117 du .....

6	DÉPENSES EFFECTUÉES	6.1 Montant (6)
6.2	<b>Pour prestations en nature</b> servies du ..... au .....	.....
6.3	Soins médicaux .....	.....
6.4	Soins dentaires .....	.....
6.5	Médicaments .....	.....
6.6	Hospitalisation du ..... au .....	.....
	du ..... au .....	.....
6.7	Autres prestations (7) .....	.....
	.....	.....
	<b>6.8 Total des prestations en nature</b>	.....
6.9	Contrôles médicaux (8) .....	.....
	.....	.....
6.10	<b>Pour prestations en espèces</b> servies du ..... au .....	.....
	<b>6.11 TOTAL DES DÉPENSES</b>	.....

7	Institution créancière
7.1	Dénomination: .....
7.2	Adresse (4): .....
	.....
7.3	Cachet
	7.4 Date: .....
	7.5 Signature
	.....

8	Réservé à l'institution du pays compétent
---	---

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) A indiquer si le renseignement est nécessaire à l'institution créancière.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (5) A indiquer seulement quand le décompte se rapporte à un membre de la famille de l'assuré.
- (6) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.
- (7) Indiquer la nature des prestations: soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermale, ambulance, etc.
- (8) Indiquer la nature des contrôles médicaux effectués.

**Détail des dépenses pour prestations en nature en raison de maladie ou de maternité**

			Montant en liras
<b>1</b>	<b>Prestations de médecine générale</b>		
1.1	Examens au dispensaire: .....	à liras .....	.....
1.2	Visites à domicile: .....	à liras .....	.....
1.3	Prestations supplémentaires: .....	à liras .....	.....
1.4	<b>Total prestations de médecine générale</b>		.....
<b>2</b>	<b>Prestations de spécialistes</b>		
2.1	(1) .....	à liras .....	.....
2.2	(1) .....	à liras .....	.....
2.3	(1) .....	à liras .....	.....
2.4	<b>Total prestations de spécialistes</b>		.....
<b>3</b>	<b>Total médecine générale et spécialistes</b>		.....
<b>4</b>	<b>Soins dentaires:</b> .....	prestations	.....
<b>5</b>	<b>Médicaments:</b> .....	prescriptions	.....
<b>6</b>	<b>Hospitalisation</b>		
6.1	Journées de séjour: .....	à liras .....	.....
6.2	Honoraires médicaux .....	à liras .....	.....
6.3	<b>Total hospitalisation</b>		.....
<b>7</b>	<b>Autres prestations (2)</b>		
	.....		.....
	.....		.....
7.1	<b>Total « autres prestations »</b>		.....
<b>8</b>	<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>		.....
<b>9</b>	<b>Cachet</b>		
	<b>10</b>	<b>Date:</b> .....	
	<b>11</b>	<b>Signature</b>	
		.....	

(1) Indiquer la nature de la prestation: examen, intervention, examen radiologique, etc.

(2) Indiquer la nature des prestations: soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermique, ambulance, etc.

**Détail des dépenses effectuées pour les accidents du travail et les maladies professionnelles**

		Montant en lires
<b>1</b>	<b>Prestations en nature</b>	
2	Soins médicaux .....	.....
3	Médicaments .....	.....
4	Hospitalisation pour traitement:	
4.1	du ..... au ....., ..... journées à ..... lires	.....
4.2	du ..... au ....., ..... journées à ..... lires	.....
4.3	du ..... au ....., ..... journées à ..... lires	.....
5	Appareils orthopédiques (1) .....	.....
6	Physiothérapie (1) .....	.....
7	Autres prestations (2) .....	.....
<b>8</b>	<b>Total prestations en nature</b>	.....
<b>9</b>	<b>Contrôles médicaux</b>	
10	Honoraires du médecin consultant.....	.....
11	Honoraires du spécialiste consultant:	
11.1	(3) .....	.....
11.2	(3) .....	.....
<b>12</b>	<b>Examens de spécialistes:</b>	
12.1	Clichés radiographiques (nombre) .....	.....
12.2	Tomographies .....	.....
12.3	Électrocardiogrammes .....	.....
12.4	Électro-encéphalogrammes .....	.....
12.5	Examens de laboratoire .....	.....
12.6	Épreuve respiratoire fonctionnelle .....	.....
12.7	Autres examens (1) .....	.....
13	Hospitalisation pour contrôles médicaux du ..... au .....	
	..... journées à ..... lires	.....
<b>14</b>	<b>Total examens et analyses</b>	.....

(1) Préciser la nature de la prestation.

(2) Préciser la nature de la prestation: remboursement de frais de voyage, indemnisation pour perte de salaire, ambulance .etc.

(3) Préciser la spécialité.





**TARIFICATION EN VUE DU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE**

Règl. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31

Règl. 574/72: art. 34

*L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et envoie deux exemplaires de celui-ci à l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations à l'intéressé dans le pays de séjour, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'organisme de liaison. L'institution du lieu de séjour, après avoir rempli la partie B du formulaire, renvoie un exemplaire à l'institution compétente.*

**A — Demande**

1	Institution destinataire (2)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (3): .....
	.....

2	(4) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un travailleur		
	(4) <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente		
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....

3 L'intéressé mentionné ci-dessus,

3.1 durant un séjour en ..... (pays)

3.2 à ..... (localité),

3.3 a payé lui-même les prestations qui lui ont été nécessaires.

3.4 Il est (4)  veuf  invalide (5)

3.5 et dispose d'un revenu de ..... (5).

4 Nous vous prions d'indiquer sur les quittances ci-jointes, pour chaque prestation qui y figure, la somme qui pourrait lui être remboursée selon les tarifs appliqués par l'institution du lieu de séjour.

5 Annexes: ..... quittances.

6	Institution compétente
6.1	Dénomination: .....
6.2	Adresse (3): .....
	.....
6.3	Cachet
	6.4 Date: .....
	6.5 Signature
	.....

**B — Réponse**

7 Institution compétente

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (3): .....

8 Vous trouverez en annexe ..... quittances tarifées selon votre demande.

9 Observations: .....

.....

.....

.....

10 Institution du lieu de séjour

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) A adresser à l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations en nature à l'intéressé dans le pays de séjour, ou à l'organisme de liaison avec ce pays. En cas de séjour en ....., le formulaire peut également être adressé à .....
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (5) A remplir seulement si la demande est adressée à une institution belge.
-

**ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE**

Règl. 1408/71: art. 9.2; art. 15.3  
Règl. 574/72: art. 6.2

*Attestation à établir par l'institution ou les institutions des États membres où l'intéressé a été assuré et à la demande de celui-ci. A remettre par l'intéressé à l'institution de l'État membre en cause, en vue de son admission à l'assurance volontaire ou facultative continuée pour le cas d'invalidité, de vieillesse et de décès (pension).*

<b>1</b>	Travailleur			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité <sup>(8)</sup>
.....				
1.3	Adresse <sup>(2)</sup> : .....			
.....				
1.4	Numéro d'immatriculation: .....			

<b>2</b>	Dernier emploi ayant donné lieu à assurance			
2.1	Nature de l'occupation (ouvrier, employé, mineur etc.):			
.....				
2.2	Employeur (nom ou raison sociale): .....			
2.3	Adresse <sup>(2)</sup> : .....			
.....				

<b>3</b>	Le travailleur désigné au cadre 1 <sup>(5)</sup> <input type="checkbox"/> est <input type="checkbox"/> a été assuré par nous				
	du / au	périodes <sup>(3)</sup>	en qualité de <sup>(4)</sup>	nature de l'assurance <sup>(6)</sup>	pour les risques de <sup>(7)</sup>
..... / .....					
..... / .....					
..... / .....					

4

4.1 L'intéressé (5)  a introduit  n'a pas introduit

dans un autre État membre une demande afin de s'inscrire à une assurance volontaire ou facultative continuée.

Dans l'affirmative, indiquer

4.2 le pays: .....

4.3 le risque: .....

5 Institution qui délivre l'attestation

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (2): .....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (<sup>3</sup>) Indiquer le nombre de trimestres, de mois, de semaines, de jours, selon les modalités des législations nationales.
- (<sup>4</sup>) A remplir uniquement dans le cas où le formulaire est destiné à une institution allemande ou italienne.
- (<sup>5</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>6</sup>) Indiquer la nature de l'assurance en utilisant le code suivant:  
A = obligatoire  
B = volontaire  
C = facultative continuée.
- (<sup>7</sup>) Indiquer les risques couverts en utilisant le code suivant:  
D = invalidité  
E = vieillesse  
F = décès.
- (<sup>8</sup>) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
-

Pays	Numéro d'immatriculation	Institution en cause (le cas échéant, organisme de liaison)
1) .....	.....	.....
2) .....	.....	.....
3) .....	.....	.....
4) .....	.....	.....
5) .....	.....	.....

**INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE**

Règl. 1408/71: art. 44 à 50

Règl. 574/72: art. 36 à 38; art. 41 à 43; art. 45 à 47; art. 49; art. 111

A remplir par l'institution d'instruction, qui en transmettra un exemplaire à chacune des institutions auprès desquelles le travailleur a été assuré (institutions en cause) ou à l'organisme de liaison.

1 Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou organisme de liaison)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

**A — Renseignements concernant l'assuré**

2

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille

2.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité (4)

2.3 État-civil: (3)  célibataire  marié  veuf

(3)  divorcé  séparé

2.4 Adresse à la date de la demande (2): .....

2.5 Numéro d'immatriculation: .....

2.6 Référence du dossier: .....

3 (3)  L'assuré exerce encore une activité professionnelle

3.1 (3)  L'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle depuis le .....

4

4.1 Le demandeur

(<sup>3</sup>)  est  n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente

(<sup>3</sup>)  a été  n'a pas été titulaire d'une pension ou d'une rente

Dans l'affirmative,

4.2 Nature de la pension ou de la rente: .....

4.3 Numéro de la pension ou de la rente: .....

4.4 Institution débitrice: .....

4.5 Date d'effet: .....

4.6 Le cas échéant, date de cessation: .....

5 Le demandeur (<sup>3</sup>)  a bénéficié  n'a pas bénéficié  
de prestations de chômage depuis l'introduction de sa demande.

6

Renseignements à fournir uniquement pour les besoins des institutions françaises

6.1 Le demandeur (<sup>3</sup>)  est, depuis le ....., reconnu médicalement inapte au travail.

(<sup>3</sup>)  n'est pas reconnu médicalement inapte au travail.

6.2 Le demandeur (<sup>3</sup>)  a besoin, depuis le ....., de l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

(<sup>3</sup>)  n'a pas besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

7

Renseignements à fournir uniquement pour les besoins des institutions françaises et italiennes

7.1 Le demandeur (<sup>3</sup>)  bénéficie, depuis le ....., de la quote-part de majoration pour conjoint.

(<sup>3</sup>)  ne bénéficie pas de la quote-part de majoration pour conjoint.

## B — Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré

8	Conjoint			
8.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Sexe
.....				
8.2	Date de naissance: .....			
8.3	Adresse (2): .....			
.....				
8.4	Date de mariage: .....			
8.5	Le conjoint (3) <input type="checkbox"/> exerce <input type="checkbox"/> n'exerce pas une activité professionnelle.			
8.6	Dans l'affirmative, montant annuel de ses revenus (5): .....			
.....				
8.7	Le conjoint (3) <input type="checkbox"/> est <input type="checkbox"/> n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente.			
Dans l'affirmative,				
8.8	Nature de la pension ou de la rente: .....			
8.9	Institution débitrice: .....			
8.10	Montant	(3) <input type="checkbox"/> mensuel	<input type="checkbox"/> trimestriel	<input type="checkbox"/> annuel: .....
8.11	Le conjoint (3) <input type="checkbox"/> bénéficie <input type="checkbox"/> ne bénéficie pas d'autres prestations (6)			
	(3) <input type="checkbox"/> chômage	<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> invalidité	<input type="checkbox"/> autres
8.12	Autres ressources connues: .....			

9 Enfants. (A remplir uniquement si le demandeur n'a pas droit à des suppléments pour enfants selon la législation du pays où il réside).

9	Enfants. (A remplir uniquement si le demandeur n'a pas droit à des suppléments pour enfants selon la législation du pays où il réside).			
9.1	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté
1. ....				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
9.2	Adresse (2) (8): .....			
.....				
9.3	Observations (7): .....			

## C — Renseignements divers

- 10 (3)  Date d'introduction de la demande: .....
- (3)  Date d'effet de la rente ou de la pension, si celle-ci a été liquidée d'office:  
.....
- 11 Le requérant (3)  a demandé  n'a pas demandé  
qu'il soit sursis à la liquidation d'une pension de vieillesse à laquelle il aurait droit.  
(Dans l'affirmative, indiquer le pays) .....
- 12 L'institution d'instruction (3)  peut  ne peut pas  
verser des prestations à titre provisionnel selon l'art. 45.1 du règl. 574/72.
- 12.1 Dans la négative, les institutions en cause sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à  
titre provisionnel selon l'article 45.2 du règl. 574/72
- 13 (3)  Il y a lieu  il n'y a pas lieu  
de procéder à des retenues en vue de compensation, conformément à l'article 111 du règl. 574/72.
- 14 Ci-joint (3)  E 205  E 206  E 207

## 15 Institution d'instruction

- 15.1 Dénomination: .....
- 15.2 Adresse (2): .....
- 15.3 Cachet
- 15.4 Date: .....
- 15.5 Signature  
.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 5 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique, D = Allemagne, F = France, I = Italie, L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
- (5) A remplir uniquement pour les besoins des institutions italiennes et luxembourgeoises.
- (6) A remplir uniquement pour les besoins des institutions belges.
- (7) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti, ou s'il continue ses études.
- (8) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après:

Nom et prénoms: .....
Adresse (2): .....
.....
.....

Pays	Numéro d'immatriculation	Institution en cause (le cas échéant, organisme de liaison)
1).....	.....	.....
2).....	.....	.....
3).....	.....	.....
4).....	.....	.....
5).....	.....	.....

**INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT**

*Règl. 1408/71: art. 44 à 50*

*Règl. 574/72: art. 36 à 38; art. 41 à 43; art. 45 à 47; art. 49; art. 111*

*A remplir par l'institution d'instruction, qui en transmettra un exemplaire à chacune des institutions auprès desquelles le travailleur a été assuré (institutions en cause) ou à l'organisme de liaison.*

<b>1</b>	Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....
	.....

**A — Renseignements concernant l'assuré décédé**

<b>2</b>				
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
2.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité (4)
	.....	.....	.....	.....
2.3	État civil à la date du décès:		(3) <input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié
	(3) <input type="checkbox"/> veuf		<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> séparé
2.4	Adresse à la date du décès (2): .....			
	.....			
2.5	Numéro d'immatriculation: .....			
2.6	Référence du dossier: .....			

3 A la date de son décès, l'assuré décédé

(<sup>3</sup>)  exerçait  n'exerçait plus une activité professionnelle

4 Institutions auprès desquelles l'assuré décédé avait été affilié à l'assurance vieillesse-survivants:

.....

.....

.....

.....

.....

5

5.1 Date et lieu du décès: .....

5.2 Le décès (<sup>3</sup>)  est présumé  n'est pas présumé  
être la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

5.3 Le décès (<sup>3</sup>)  est présumé  n'est pas présumé  
avoir été causé par un tiers responsable

5.4 En cas d'absence: (<sup>3</sup>)  date des dernières nouvelles: .....

(<sup>3</sup>)  date fixée par la déclaration de décès probable: .....

6

6.1 L'assuré décédé (<sup>3</sup>)  était  n'était pas titulaire de pension ou de rente

6.2 (<sup>3</sup>)  à la date de son mariage  à la date de son décès.

Dans l'affirmative,

6.3 — Nature de la pension ou de la rente: .....

6.4 — Numéro de la pension ou de la rente: .....

6.5 — Institution débitrice: .....

6.6 — Date d'effet: .....

6.7 — Le cas échéant, date de cessation: .....

7 L'assuré décédé (<sup>3</sup>)  avait demandé  n'avait pas demandé

qu'il soit sursis à la liquidation d'une pension de vieillesse à laquelle il aurait eu droit.

(Dans l'affirmative, indiquer le pays: .....

**B — Renseignements concernant les ayants droit**

8 | Veuve ou veuf, ou autres ayants droit à l'exception des enfants (7)

8.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	
	.....	.....	.....	
8.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.3	Adresse (2): .....			
	.....			
	.....			
	.....			
8.4	Date du mariage: .....			
8.5	Le cas échéant, date du divorce: .....			
8.6	Le cas échéant, date du remariage: .....			
8.7	Nom et prénoms du nouveau conjoint: .....			
8.8	Lien de parenté (pour les autres ayants droit que le veuf ou la veuve): .....			
	.....			

9 |

9.1	La personne indiquée au cadre 8	
	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> exerce	<input type="checkbox"/> n'exerce pas
	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> une activité salariée	<input type="checkbox"/> une activité indépendante
9.2	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> était	<input type="checkbox"/> n'était pas à la charge de l'assuré décédé
9.3	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> est atteinte	<input type="checkbox"/> n'est pas atteinte
	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> d'une incapacité de travail permanente	
	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> d'une incapacité de travail temporaire de plus de 3 mois ( <sup>5</sup> )	
9.4	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> a besoin	<input type="checkbox"/> n'a pas besoin de l'assistance d'une tierce personne
9.5	La personne indiquée au cadre 8	
	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> est titulaire	<input type="checkbox"/> n'est pas titulaire de pension ou de rente
	Dans l'affirmative:	
9.6	Nature de la pension ou de la rente: .....	

9.7 Numéro de la pension ou de la rente: .....

9.8 Institution débitrice: .....

9.9 Date d'effet: .....

9.10 Le cas échéant, date de cessation: .....

10 Autres ressources connues: .....

.....

11 Enfants. (A remplir uniquement si le demandeur n'a pas droit à des suppléments pour enfants selon la législation du pays où il réside).

11.1	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....

11.2 Adresse (2) (8): .....

.....

11.3 Observations (6): .....

.....

12 Les enfants résidant dans le pays de l'institution d'instruction

(3)  ont droit  n'ont pas droit à une prestation en vertu de l'art. 78 du règl. 1408/71

### C — Renseignements divers

13 (3)  Date d'introduction de la demande: .....

(3)  Date d'effet de la rente ou de la pension, si celle-ci a été liquidée d'office

.....

14 L'institution d'instruction

(3)  peut  ne peut pas

verser des prestations à titre provisionnel selon l'art. 45.1 du règl. 574/72.

14.1 Dans la négative, les institutions en cause sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à titre provisionnel selon l'art. 45.2 du règl. 574/72.

15 (3)  Il y a lieu  il n'y a pas lieu

de procéder à des retenues en vue de compensation, conformément à l'article 111 du règl. 574/72.

16 Ci-joint (3)  E 205  E 206  E 207

**17** Institution d'instruction

17.1 Dénomination: .....

17.2 Adresse (2): .....  
.....

17.3 Cachet

17.4 Date: .....

17.5 Signature  
.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 6 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie, L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
- (5) A remplir uniquement pour les besoins des institutions néerlandaises.
- (6) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti, ou s'il continue ses études.
- (7) S'il y a plusieurs personnes à indiquer au cadre 8, intercaler une ou plusieurs pages 3 supplémentaires (3).
- (8) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après:

Nom et prénoms: .....

Adresse (2): .....

.....

**E 204**

(1)

Pays	Numéro d'immatriculation	Institution en cause (le cas échéant, organisme de liaison)
1) .....		
2) .....		
3) .....		
4) .....		
5) .....		

**INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ**

Règl. 1408/71: art. 44 à 50

Règl. 574/72: art. 36 à 38; art. 41 à 43; art. 45 à 47; art. 49; art. 111

A remplir par l'institution d'instruction, qui en transmettra un exemplaire à chacune des institutions auprès desquelles le travailleur a été assuré (institutions en cause) ou à l'organisme de liaison.

1 Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou organisme de liaison)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

**A — Renseignements concernant l'assuré**

2

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille  
.....

2.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité (4)  
.....

2.3 État-civil: (3)  célibataire  marié  veuf  
(3)  divorcé  séparé

2.4 Adresse à la date de la demande (2): .....

2.5 Numéro d'immatriculation: .....

2.6 Référence du dossier: .....

3 Date à laquelle a été fixé le début de l'invalidité: .....

3.1 Date du début de l'incapacité de travail suivie d'invalidité: .....

3.2 L'intéressé

(<sup>3</sup>)  exerce encore  n'exerce plus

(<sup>3</sup>)  une activité salariée  une activité indépendante

3.3 S'il exerce une activité salariée (<sup>5</sup>):

Montant du salaire: ..... Durée hebdomadaire du travail: .....

3.4 Date de cessation de l'activité professionnelle normale: .....

3.5 Nature de cette activité: .....

3.6 S'il exerce une activité indépendante, montant du revenu professionnel (<sup>6</sup>): .....

3.7 L'invalidité

(<sup>3</sup>)  est présumée  n'est pas présumée avoir été causée par un tiers responsable.

4 Depuis le début de son incapacité de travail, l'intéressé

(<sup>3</sup>)  a été soumis à une rééducation professionnelle

(<sup>3</sup>)  n'a pas été soumis à une rééducation professionnelle

Dans l'affirmative, indiquer

4.1 en vue de quel emploi: .....

4.2 l'employeur pour lequel il a occupé ce nouvel emploi:

nom ou raison sociale: .....

adresse (<sup>2</sup>): .....

4.3 la date du début et de la fin de cet emploi: .....

4.4 L'intéressé (<sup>3</sup>)  bénéficie  ne bénéficie pas d'une quote part de majoration pour conjoint.

Dans l'affirmative, indiquer depuis quand: .....

5

## 5.1 Avant le début des prestations d'invalidité, l'intéressé

- (3)  bénéficiait  ne bénéficiait pas
- (3)  d'une pension d'invalidité  d'une pension de vieillesse
- (3)  d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle

## 5.2 Dans l'affirmative:

période pendant laquelle ces prestations ont été ou seront allouées:

.....

institution débitrice: .....

.....

## 5.3 Depuis le début de son incapacité, l'intéressé

- (3)  a demandé  n'a pas demandé
- (3)  est susceptible  n'est pas susceptible de bénéficier
- (3)  des prestations en espèces de l'assurance-maladie
- (3)  d'une pension de vieillesse
- (3)  d'une pension de survivant
- (3)  d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle
- (3)  de prestations de l'assurance chômage

## 5.4 Dans l'affirmative:

période pendant laquelle ces prestations ont été ou seront allouées:

.....

institution débitrice: .....

.....

## 5.5 Depuis le début des prestations d'invalidité, l'intéressé

- (3)  bénéficie  ne bénéficie pas
- (3)  des prestations en espèces de l'assurance-maladie
- (3)  d'une pension de vieillesse
- (3)  des prestations de l'assurance-chômage

## 5.6 Dans l'affirmative:

période pendant laquelle ces prestations ont été ou seront allouées: .....

.....

institution débitrice: .....

.....

**B — Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré**

6 Conjoint

6.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Sexe
6.2	Date de naissance: .....			
6.3	Date de mariage: .....			
6.4	Le conjoint	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> exerce	<input type="checkbox"/> n'exerce pas	une activité professionnelle.
6.5	Dans l'affirmative, montant annuel de ses revenus ( <sup>5</sup> ): .....			
6.6	Le conjoint	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> est titulaire	<input type="checkbox"/> n'est pas titulaire	de pension ou de rente.
6.7	Dans l'affirmative:			
	Nature de la pension ou de la rente: .....			
	Institution débitrice: .....			
	Montant	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> mensuel	<input type="checkbox"/> trimestriel	<input type="checkbox"/> annuel .....
6.8	Le conjoint	( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> bénéficie	<input type="checkbox"/> ne bénéficie pas	d'autres prestations sociales ( <sup>9</sup> )
		( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> chômage	<input type="checkbox"/> maladie	
		( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> invalidité	<input type="checkbox"/> autres	
6.9	Autres ressources connues: .....			
	.....			

7 Enfants (A remplir uniquement si le demandeur n'a pas droit à des suppléments pour enfants selon la législation du pays où il réside)

7.1	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté
	1. ....	.....	.....	.....
	2. ....	.....	.....	.....
	3. ....	.....	.....	.....
	4. ....	.....	.....	.....
7.2	Adresse ( <sup>2</sup> ) ( <sup>11</sup> ): .....			
	.....			
7.3	Observations ( <sup>7</sup> ): .....			
	.....			

8 Ascendants à charge <sup>(8)</sup>

8.1	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
8.2	Adresse <sup>(2)</sup> <sup>(11)</sup> : .....			
	.....			
8.3	Observations <sup>(7)</sup> : .....			
	.....			

## C — Renseignements divers

9 <sup>(3)</sup>  Date de présentation de la demande: .....

<sup>(3)</sup>  Date d'effet de la pension ou de la rente si elle a été liquidée d'office:  
.....

## 10 Si l'intéressé est susceptible d'obtenir une autre pension ou rente:

nature de cette pension ou de cette rente: .....

institution débitrice: .....

## 11 L'institution d'instruction

<sup>(3)</sup>  peut  ne peut pas  
verser des prestations à titre provisionnel selon l'art. 45.1 du règl. 574/72.

## 12 Dans la négative, les institutions en cause sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à titre provisionnel selon l'art. 45.2 du règl. 574/72.

13 <sup>(3)</sup>  Il y a lieu  il n'y a pas lieu de procéder  
à des retenues en vue de compensation, conformément à l'art. 111 du règl. 574/72.14 Ci-joint <sup>(3)</sup>  E 205  E 206  E 207  E 213  E 214 <sup>(10)</sup>

## 15 Institution d'instruction

15.1	Dénomination:	.....
15.2	Adresse <sup>(2)</sup> :	..... .....
15.3	Cachet	
	15.4	Date: .....
	15.5	Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 6 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
- (5) A remplir uniquement pour les besoins des institutions françaises, luxembourgeoises et néerlandaises.
- (6) A remplir uniquement pour les besoins des institutions belges luxembourgeoises et néerlandaises.
- (7) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti, ou s'il continue ses études.
- (8) A remplir uniquement pour les besoins des institutions belges et allemandes.
- (9) A remplir uniquement pour les besoins des institutions belges.
- (10) Quand le formulaire E 204 est émis par une institution allemande ou néerlandaise ou destiné à une institution allemande ou néerlandaise, il y a lieu d'y joindre un formulaire E 214.
- (11) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants (un des ascendants) réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après:

Nom et prénoms: .....

Adresse (2): .....

.....

**ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN BELGIQUE**

*Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c*

*Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69*

*A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.*

1	Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse ( <sup>2</sup> ): .....
	.....

2	Références du dossier
2.1	à l'institution d'instruction: .....
2.2	à l'institution en cause: .....

3	Travailleur			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
3.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
3.3	Adresse ( <sup>2</sup> ): .....			
	.....			
3.4	Numéro d'immatriculation: .....			

4	Ayant droit ( <sup>6</sup> )			
4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
4.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
4.3	Adresse ( <sup>2</sup> ): .....			
	.....			



6 L'assuré, qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an,  
(<sup>5</sup>)  peut bénéficier  ne peut pas bénéficier  
d'une pension au titre de la législation nationale (art. 48.1 du règl. 1408/71).

**7**

Institution qui remplit le formulaire

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (<sup>2</sup>): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire (B = Belgique).
  - (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>3</sup>) Spécifier au point 5.2 la nature des périodes assimilées.
  - (<sup>4</sup>) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
  - (<sup>5</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>6</sup>) A remplir s'il y a lieu.
-

E 205

D

(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN ALLEMAGNE***Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c**Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69*

*A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.*

<b>1</b>	Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....
	.....

<b>2</b>	Références du dossier
2.1	à l'institution d'instruction: .....
2.2	à l'institution en cause: .....

<b>3</b>	Travailleur			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
3.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
3.3	Adresse (2): .....			
	.....			
3.4	Numéro d'immatriculation: .....			
	.....			

<b>4</b>	Ayant droit (7)			
4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
4.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
4.3	Adresse (2): .....			
	.....			



6 L'assuré, qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an,  
(<sup>6</sup>)  peut bénéficier  ne peut pas bénéficier  
d'une pension au titre de la législation nationale (art. 48.1 du règl. 1408/71).

7	Institution qui remplit le formulaire
7.1	Dénomination: .....
7.2	Adresse ( <sup>2</sup> ): ..... .....
7.3	Cachet
	7.4 Date: .....
	7.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire (D = Allemagne).
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Inscrire un P après les nombres de semaines ou de mois relatifs aux périodes d'assurance obligatoire (Pflichtversicherung), pour faire la distinction avec les périodes d'assurance volontaire.
  - (4) Inscrire un E après les nombres de semaines ou de mois relatifs aux périodes de substitution (Ersatzzeiten), pour les distinguer des périodes d'interruption. En outre, spécifier au point 5.2 la nature des périodes assimilées.
  - (5) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
  - (6) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (7) A remplir s'il y a lieu.
-

E 205

F

(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN FRANCE**

Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c

Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69

A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.

1	Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....
	.....

2	Références du dossier
2.1	à l'institution d'instruction: .....
2.2	à l'institution en cause: .....

3	Travailleur			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
3.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
3.3	Adresse (2): .....			
	.....			
3.4	Numéro d'immatriculation: .....			

4	Ayant droit (6)			
4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
4.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
4.3	Adresse (2): .....			
	.....			



6 L'assuré, qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an,  
(<sup>5</sup>)  peut bénéficier  ne peut pas bénéficier  
d'une pension au titre de la législation nationale (art. 48.1 du règl. 1408/71).

<b>7</b>	Institution qui remplit le formulaire
7.1	Dénomination: .....
7.2	Adresse ( <sup>2</sup> ): ..... .....
7.3	Cachet
	7.4 Date: .....
	7.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire (F = France).
  - (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>3</sup>) Spécifier au point 5.2 la nature des périodes assimilées.
  - (<sup>4</sup>) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
  - (<sup>5</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>6</sup>) A remplir s'il y a lieu.
-

**ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN ITALIE**

Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c  
Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69

A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.

1	Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....
	.....

2	Références du dossier
2.1	à l'institution d'instruction: .....
2.2	à l'institution en cause: .....

3	Travailleur			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
3.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
3.3	Adresse (2): .....			
	.....			
3.4	Numéro d'immatriculation: .....			

4	Ayant droit (7)			
4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
4.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
4.3	Adresse (2): .....			
	.....			



6 L'assuré, qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an, (6)  
 peut bénéficier  ne peut pas bénéficier  
d'une pension au titre de la législation nationale (art. 48.1 du règl. 1408/71).

7	Institution qui remplit le formulaire
7.1	Dénomination: .....
7.2	Adresse (2): .....
7.3	Cachet
	7.4 Date: .....
	7.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire (I = Italie).
  - (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>3</sup>) Inscrire un P après les nombres de semaines ou de mois relatifs aux périodes d'assurance obligatoire, pour faire la distinction avec les périodes d'assurance volontaire.
  - (<sup>4</sup>) Spécifier au point 5.2 la nature des périodes assimilées.
  - (<sup>5</sup>) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
  - (<sup>6</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>7</sup>) A remplir s'il y a lieu.
-

E 205

L

(1)

## ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE AU LUXEMBOURG

Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c  
Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69

A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.

1	Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse (2): .....

2	Références du dossier
2.1	à l'institution d'instruction: .....
2.2	à l'institution en cause: .....

3	Travailleur			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
3.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
3.3	Adresse (2): .....			
3.4	Numéro d'immatriculation: .....			

4	Ayant droit (6)			
4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
4.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
4.3	Adresse (2): .....			



6 L'assuré, qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an,  
(<sup>5</sup>)  peut bénéficier  ne peut pas bénéficier  
d'une pension au titre de la législation nationale (art. 48.1 du règl. 1408/71).

<b>7</b>	Institution qui remplit le formulaire	
<b>7.1</b>	Dénomination:	.....
<b>7.2</b>	Adresse ( <sup>2</sup> ):	..... .....
<b>7.3</b>	Cachet	
	<b>7.4</b>	Date: .....
	<b>7.5</b>	Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire (L = Luxembourg).
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Spécifier au point 5.2 la nature des périodes assimilées.
  - (4) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
  - (5) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (6) A remplir s'il y a lieu.
-

E 205

N

(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE AUX PAYS-BAS**

Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c

Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69

A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.

1 Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

2 Références du dossier

2.1 à l'institution d'instruction: .....

2.2 à l'institution en cause: .....

3 Travailleur

3.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille  
.....

3.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité  
.....

3.3 Adresse (2): .....

3.4 Numéro d'immatriculation: .....

4 Ayant droit (7)

4.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille  
.....

4.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité  
.....

4.3 Adresse (2): .....



6 L'assuré, qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an,  
(6)  peut bénéficier  ne peut pas bénéficier  
d'une pension au titre de la législation nationale (art. 48.1 du règl. 1408/71).

**7** Institution qui remplit le formulaire

7.1	Dénomination:	.....
7.2	Adresse (2):	..... .....
7.3	Cachet	
		7.4 Date: .....
		7.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire (N = Pays-Bas).
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) AOW = loi sur l'assurance-vieillesse généralisée.  
AWW = loi sur l'assurance généralisée des veuves et orphelins.  
WAO = loi sur l'assurance contre l'incapacité de travail de longue durée.
  - (4) Pour l'indication des périodes d'assurance AOW et AWW, utiliser le code suivant:  
P = assurance obligatoire;  
F = assurance volontaire;  
G = périodes assimilées.
  - (5) Biffer la mention inutile. Le régime néerlandais d'assurance ne prévoit pas d'immatriculation des assurés. Il se peut donc que notre relevé mentionne des périodes pour lesquelles il n'existe qu'une présomption d'assurance aux Pays-Bas. Si vous constatez que l'intéressé a été assuré selon la législation de votre pays pendant des périodes que nous avons indiquées comme périodes d'assurance aux Pays-Bas, vous pouvez, sans nous consulter, déduire ces périodes de la durée totale d'assurance néerlandaise indiquée au point 5.1.
  - (6) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (7) A remplir s'il y a lieu.
-

**ATTESTATION DES PÉRIODES D'EMPLOI DANS LES MINES ET ENTREPRISES ASSIMILÉES**

Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c  
Règl. 574/72: art. 42.1; art. 43.1. à 3; art. 69

*A établir par l'institution d'instruction pour les périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique; à annexer aux formulaires E 202, E 203 ou E 204, selon le cas. Chaque institution en cause établit un formulaire pour les périodes accomplies sous la législation qu'elle applique et l'adresse à l'institution d'instruction.*

1 Institution destinataire (selon le cas, institution en cause ou institution d'instruction)

1.2 Dénomination: .....  
1.2 Adresse (2): .....  
.....

2 Références du dossier

2.1 à l'institution d'instruction: .....  
2.2 à l'institution en cause: .....

3 Travailleur

3.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille  
.....  
3.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité  
.....  
3.3 Adresse (2): .....  
.....  
3.4 Numéro d'immatriculation: .....

4 Ayant droit (5)

4.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille  
.....  
4.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité  
.....  
4.3 Adresse (2): .....  
.....



6	Insitution qui remplit le formulaire
6.1	Dénomination: .....
6.2	Adresse (2): .....
6.3	Cachet
	6.4 Date: .....
	6.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Indiquer les exploitations dans lesquelles l'intéressé a été occupé et la matière extraite ou mise en œuvre.
  - (4) Préciser le type de travail et indiquer s'il a été effectué à la surface ou au fond.
  - (5) A remplir s'il y a lieu.
-

E 207



(1)

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DU TRAVAILLEUR

Règl. 1408/71: art. 38; art. 45; art. 48; art. 57.3.c  
Règl. 574/72: art. 42.1; art. 69

A remplir, le cas échéant, par l'institution d'instruction et à annexer aux formulaires E 202, E 203 et E 204.

Les renseignements du cadre 3 ont été recueillis auprès de l'intéressé et sont transmis à l'institution en cause à toutes fins utiles.

1	Travailleur			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
1.3	Numéro d'immatriculation: .....			
1.4	Adresse (2): .....			
.....				

(Renseignements relatifs à chaque période: voir page 2)

2	Institution d'instruction				
2.1	Dénomination: .....				
2.2	Adresse (2): .....				
.....					
2.3	Cachet			2.4	Date: .....
.....					
				2.5	Signature
.....					

Renseignements relatifs à chaque période

3	Périodes		Nature de l'activité (3)	Dénomination et siège de l'entreprise	Lieu et pays d'emploi effectif	6			Lieu de résidence pendant la période d'activité
	du	au				a) Institution ou régime d'assurance	b) Numéro d'immatriculation	c) Nature de l'assurance (4)	
1						a) .....			
2						b) .....			
3						c) .....			
4						a) .....			
5						b) .....			
6						c) .....			
7						a) .....			
8						b) .....			
						c) .....			

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Si l'espace prévu à la page 2 n'est pas suffisant pour y indiquer toutes les périodes de la carrière de l'assuré, intercaler à la suite une ou plusieurs pages identiques en modifiant les numéros qui figurent à l'extrême gauche (remplacer 1, 2, 3... par 9, 10, 11...)**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Indiquer la nature de l'activité exercée (travailleur salarié ou indépendant), p. ex: mécanicien, vendeur, agriculteur indépendant. Éventuellement: service militaire (pays), instruction scolaire ou professionnelle, périodes sans occupation professionnelle (p. ex.: ménagère, chômage, maladie etc.)
  - (4) Préciser s'il s'agit d'assurance obligatoire, d'assurance volontaire, d'assurance facultative continuée ou d'une période sans assurance
-

E 208

(1)

**DÉTERMINATION DES DROITS À PENSION**

de (7)  **vieillesse**  **invalidité**  **survivant**  
en (2) .....

Règl. 1408/71: art. 46.1 et 2; art. 49.2 et 3

Règl. 574/72: art. 43.2 et 3; art. 46

A transmettre par l'institution en cause à l'institution d'instruction

**1** Institution d'instruction destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

**2** Références du dossier

2.1 à l'institution d'instruction: .....

2.2 à l'institution en cause: .....

**3** Assuré

3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
3.2	Date de naissance	Sexe	Numéro d'immatriculation
3.3	Adresse (3): .....		

**4** Ayant droit (4)

4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
4.2	Date de naissance	Sexe	
4.3	Adresse (3): .....		
4.4	Lien de parenté avec l'assuré décédé: .....		

5 Date de la demande de pension: .....

6 En cas de rejet de la demande <sup>(5)</sup>

Motif: .....

.....

.....

.....

.....

7 En cas d'attribution d'une pension <sup>(5)</sup>

7.1 Montant annuel <sup>(6)</sup> de la pension nationale visée à l'art. 46.1 (premier alinéa) du règlement 1408/71 à laquelle l'intéressé peut prétendre pour les périodes d'assurance (obligatoire, volontaire ou facultative continuée) et les périodes assimilées accomplies dans le pays en cause, même si certaines de ces périodes se superposent avec des périodes accomplies dans un autre pays:

.....

7.2 Montant annuel <sup>(6)</sup> effectif de la pension théorique visée à l'art. 46.2 du règlement 1408/71 qui serait servie si la totalité des périodes d'assurance et périodes assimilées, déterminées suivant les règles prévues à l'art. 15 du règlement 574/72, avaient été accomplies dans le pays en cause:

.....

7.3 Montant annuel <sup>(6)</sup> effectif de la pension proportionnelle visée à l'art. 46.2. b, c et d du règlement 1408/71, calculé en tenant compte des périodes accomplies dans le pays en cause, à l'exclusion des périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes d'assurance accomplies dans un autre pays:

.....

7.4 Montant annuel <sup>(6)</sup> effectif de la pension proportionnelle visée à l'art. 46.2 b, c et d du règlement 1408/71, calculé en tenant compte des périodes accomplies dans le pays en cause, y compris les périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes d'assurance accomplies dans un autre pays:

.....

7.5 Date d'effet des prestations: .....

8 Institution en cause

8.1 Dénomination: .....

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

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution en cause: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Indiquer le pays.
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (4) A remplir uniquement s'il s'agit d'une demande de pension de survivant.
  - (5) Remplir le cadre 5 ou le cadre 6 selon le cas.
  - (6) Le montant annuel est égal au total des montants à servir au cours d'une année, calculé sur la base applicable à la date d'entrée en jouissance.
  - (7) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
-

DÉTERMINATION DES MONTANTS DE PENSION

de (2)  Vieillesse  Invalidité  Survivant

EN VUE DE L'APPLICATION ÉVENTUELLE DE L'ARTICLE 46.3 DU RÈGLEMENT 1408/71

A établir par l'institution d'instruction, qui en adresse un exemplaire à chacune des institutions en cause.

1	Institution en cause destinataire			
1.1	Dénomination: .....			
1.2	Adresse (3): .....			
2	Références du dossier			
2.1	à l'institution d'instruction: .....			
2.2	à l'institution en cause: .....			
3	Assuré			
3.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
3.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....
4	Ayant droit (4)			
4.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
	.....	.....	.....	
4.2	Date de naissance:	.....	Sexe:	.....
4.3	Adresse (3): .....			
	.....			
4.4	Lien de parenté avec l'assuré décédé: .....			
(Détermination des montants: voir page 2)				
5	Institution d'instruction			
5.1	Dénomination: .....			
5.2	Adresse (3): .....			
	.....			
5.3	Cachet			
		5.4	Date: .....	
		5.5	Signature	
			.....	

6	Détermination des montants de pension à la date du .....	Montant annuel dans la monnaie du pays de l'institution compétente (5)				Montant annuel dans la monnaie du pays de l'institution d'instruction			Montant annuel dans la monnaie du pays de l'institution compétente (5) <small>(Règlement après application de l'art. 46.3 du régi. 1408/71 (7))</small>
		Pension théorique <small>(art. 46.2.a du régi. 1408/71)</small>	Pension nationale <small>(art. 46.1, premier alinéa, du régi. 1408/71)</small>	Pension proportionnelle (6) <small>(art. 46.2.b du régi. 1408/71)</small>	Pension théorique <small>(art. 46.2.a du régi. 1408/71)</small>	Montant le plus élevé figurant à la colonne 3 ou 4 (7)	Produit des montants de la col. 6 par le coefficient de réduction (voir cadre 7)	Montants de la col. 4 <small>(art. 46.2.b du régi. 1408/71)</small>	
1		2	3	4	5	6	7	8	9
1.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

A	.....
B	.....
C	.....
D	.....
E	.....

Total

Reprise du total B de la col. 7

Total des pensions dues par tous les pays (C = A + B)

Pension théorique la plus élevée figurant à la col. 5

Différence (C - D = E)

8	Parités (9)	Monnaie du pays de l'institution compétente	Monnaie du pays de l'institution d'instruction
	100 DM	.....	.....
	100 FB	.....	.....
	100 FF	.....	.....
	100 liras	.....	.....
	100 FLux.	.....	.....
	100 Florins	.....	.....

7 Détermination du coefficient de réduction en application de l'art. 46.3 du régi. 1408/71 (Coefficient utilisé pour le calcul des montants figurant à la col. 8 du cadre 6)

Montant total des pensions nationales (col. 5)	A	.....
Montant de la différence	E	.....
Coefficient de réduction $F = \frac{A - E}{A}$	F	.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (<sup>2</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>3</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>4</sup>) A remplir uniquement s'il s'agit d'une demande de pension de survivant.
  - (<sup>5</sup>) Préciser l'unité monétaire.
  - (<sup>6</sup>) Calculée sans tenir compte des périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes d'assurance obligatoire accomplies dans un autre pays.
  - (<sup>7</sup>) Quand le montant de la colonne 3 et celui de la colonne 4 sont égaux, ce montant doit être inscrit à la colonne 6.
  - (<sup>8</sup>) Au montant inscrit à la colonne 7 s'ajoute éventuellement la majoration de pension visée à l'art. 46.1 du règlement 574/72, correspondant aux périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes d'assurance accomplies dans un autre pays.
  - (<sup>9</sup>) Voir règl. 574/72, art. 107.
-

**NOTIFICATION DE DÉCISION RELATIVE À UNE DEMANDE DE PENSION**

de (<sup>5</sup>)  **vieillesse**                       **invalidité**                       **survivant**

**(attribution ou rejet)**

*Règl. 574/72: art. 48*

*Chacune des institutions en cause remplit ce formulaire en deux exemplaires, qu'elle transmet à l'institution d'instruction en y joignant deux copies de la décision formelle.*

**1** Institution d'instruction destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (<sup>2</sup>): .....

.....

**2** Références du dossier

2.1 à l'institution d'instruction: .....

2.2 à l'institution en cause: .....

**3** Assuré

3.1 Nom                                      Prénoms                                      Nom de jeune fille

.....

3.2 Lieu de naissance                      Date de naissance                      Sexe                      Nationalité

.....

3.3 Adresse (<sup>2</sup>): .....

.....

3.4 Numéro d'immatriculation: .....

**4** Ayant droit (<sup>3</sup>)

4.1 Nom                                      Prénoms                                      Nom de jeune fille

.....

4.2 Lieu de naissance                      Date de naissance                      Sexe                      Nationalité

.....

4.3 Lien de parenté avec l'assuré décédé: .....

4.4 Adresse (<sup>2</sup>): .....

.....

**5** La demande est rejetée (4)

Motif: .....

.....

.....

.....

**6** Une pension est accordée (4)

6.1 Montant annuel: .....

6.2 Le cas échéant, déduction à opérer au titre des dispositions de non-cumul  
(art. 12 du Règl. 1408/71 et art. 7 du Règl. 574/72): .....

Motif: .....

.....

.....

6.3 Montant dû: .....

6.4 Date d'effet: .....

7 Voies et délais de recours: voir formulaire E 212

**8** Institution en cause

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution en cause: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>3</sup>) A remplir uniquement s'il s'agit d'une demande de pension de survivant.
  - (<sup>4</sup>) Remplir le cadre 5 ou le cadre 6, selon le cas.
  - (<sup>5</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
-

E 211

(1)

## RÉCAPITULATION DES DÉCISIONS

Règl. 574/72, art. 48

L'institution d'instruction remplit ce formulaire et en communique un exemplaire au requérant dans la langue de celui-ci, en y annexant un exemplaire de chacune des décisions d'attribution ou de rejet (form. E 210) ainsi qu'une notice sur les voies et délais de recours (form. E 212) et une copie des décisions formelles. L'institution d'instruction adresse également une copie du form. E 211 à chacune des institutions en cause, en y joignant copie des décisions des autres institutions (form. E 210).

1	Requérant			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
1.3	Adresse (2):			

2 Votre demande de pension de

2.1 (3)  vieillesse  invalidité  survivant

2.2 a été examinée par les institutions ci-après:

3	Institutions en cause		
	Pays	Institution	Référence du dossier
3.1			
3.2			
3.3			
3.4			
3.5			

4 Ces institutions ont pris les décisions suivantes (voir formulaires E 210 ci-joints):

**5** Votre demande est rejetée

5.1 en ce qui concerne (4).....  
 Motif: .....

.....

.....

.....

5.2 en ce qui concerne (4).....  
 Motif: .....

.....

.....

.....

**6** Une pension vous est accordée

en ce qui concerne (4)	Montant annuel dans la monnaie du pays débiteur (5) (6)	Date d'effet
6.1 .....	.....	.....
6.2 .....	.....	.....
6.3 .....	.....	.....
6.4 .....	.....	.....
6.5 .....	.....	.....

7 Si vous estimez devoir contester les décisions prises à votre égard par une ou plusieurs de ces institutions, vous disposez des voies et délais de recours indiqués dans le formulaire E 212.

**8** Institution d'instruction

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet:

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg  
N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) Indiquer le pays et éventuellement le régime en cause.
  - (5) En cas de revalorisation des pensions en vertu de la législation nationale, le montant indiqué ci-dessus est modifié sans notification du nouveau montant.
  - (6) Ce montant peut éventuellement être réduit des impôts et cotisations à la charge du pensionné.
-

## VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

Règl. 574/72: art. 48

A — Si vous n'êtes pas d'accord avec la ou les décisions prises, vous pouvez introduire une réclamation. A cet effet, vous devez, **pour chaque décision contestée**:

1. Indiquer clairement vos griefs dans une lettre.
2. Indiquer les références de la notification relative à la décision contestée. Joindre une copie de cette décision (2).
3. Signer cette lettre. Si vous ne pouvez signer, apposez une croix et faites signer votre recours par deux personnes majeures qui mentionneront leurs noms, prénoms et adresses (3).

B — 1. Une réclamation contre une décision **belge** doit être, dans le délai d'un mois, à compter de la date de réception de sa notification, soit adressée par lettre recommandée, soit déposée au greffe du tribunal du travail de l'arrondissement judiciaire de votre résidence si vous résidez en Belgique (tribunal du travail de .....), ou de l'arrondissement judiciaire de votre dernier domicile ou de votre dernière résidence en Belgique si vous résidez à l'étranger.

2. Une réclamation contre une décision **allemande** doit être adressée en double exemplaire, dans un délai de 3 mois à compter de la date de réception de sa notification,

— soit à l'organisme allemand dont l'adresse figure dans la notification allemande,

— soit au Sozialgericht (Tribunal social) de .....

à .....

— soit au consulat de la République fédérale d'Allemagne à .....

3. Une réclamation contre une décision **française** doit être adressée à M. le Président de la Commission de recours gracieux de la Caisse de Sécurité Sociale dont l'adresse figure dans la notification française, dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de sa notification.

4. Une réclamation contre une décision **italienne** de l'INPS doit être adressée à la Commission provinciale (Comitato provinciale) attachée au siège provincial de l'INPS à .....

.....  
au plus tard dans un délai de 90 jours à dater de la réception de la récapitulation des décisions (formulaire E<sup>211</sup>).

Si un délai de 90 jours s'écoule sans que la Commission provinciale se soit prononcée, le recours doit être considéré comme rejeté; l'intéressé peut alors, dans un nouveau délai de 90 jours à compter de la date à laquelle le premier recours devait faire l'objet d'une décision, adresser un recours en seconde instance à .....

.....  
Ces modalités de recours concernent les demandes de pension qui ont fait l'objet d'une décision de l'INPS dans le cadre de l'assurance générale obligatoire pour le cas d'invalidité, de vieillesse et de survie. Les recours contre les décisions prises dans le cadre des régimes spéciaux gérés par l'INPS ou par d'autres institutions sont soumis à des modalités différentes qui seront indiquées séparément à l'assuré.

5. Une réclamation contre une décision **luxembourgeoise** doit être adressée, en double exemplaire, au Conseil arbitral des Assurances sociales, à Luxembourg, dans un délai de 40 jours à compter de la date de réception de sa notification.
  
6. Une réclamation contre une décision **néerlandaise** doit être adressée, en double exemplaire, au Raad van Beroep (Conseil de recours) de

.....  
dans le délai d'un mois à partir de la date à laquelle vous avez pu raisonnablement prendre connaissance de sa notification.

**Remarque :**

Ces délais courent à partir de la date de la notification; nous vous signalons toutefois qu'en vertu de l'article 86 du règlement 1408/71, les recours qui seraient introduits dans les délais prévus par la législation d'un État membre sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès de la juridiction correspondante d'un autre État membre.

## **INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## **NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Sauf en ce qui concerne l'Allemagne et la Belgique.
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-

E 213

(1)

## RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ

Règl. 1408/71: Art. 39 à 41 et art. 87

*Si le présent formulaire est destiné à une institution allemande ou néerlandaise ou s'il est établi par un médecin allemand ou néerlandais, ou encore si une institution d'un autre État membre en fait la demande, le compléter par une annexe établie sur le formulaire E 214 «concernant l'appréciation médicale des capacités et limites fonctionnelles».*

### 1 Institution à laquelle le rapport est destiné

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

### 2 Personne examinée

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille  
.....

2.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité  
.....

2.3 Adresse (2): .....

2.4 Dernière profession exercée: .....

2.5 (3)  Numéro d'immatriculation: .....  Numéro de pension: .....

2.6 Numéro de dossier: .....

2.7 Date de présentation de la demande de pension: .....

2.8 Date de présentation de la demande de révision pour aggravation: .....

### 3 Rapport établi par le docteur

3.1 Nom: ..... Prénoms: .....

3.2 Adresse (2): .....

3.3 Médecin contrôleur de: .....



**2. Organes des sens**

Ouïe: .....

Vue: .....

Odorat: .....

**3. Appareil respiratoire**

(Voies respiratoires supérieures, poumons, périmètre thoracique, aspect du thorax, examen macroscopique: et microscopique des crachats, recherche du B.K., examen radiologique, etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Protocole d'examen radiographique avec indication de la date (la cas échéant, joindre un formulaire E 214) (4)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres indications:** .....

.....

**4. Appareil circulatoire**

(Cœur, aorte, vaisseaux, volume du cœur, auscultation, pouls, tension artérielle, dyspnée, oedèmes, état des vaisseaux périphériques, varices, constatations radiologiques, etc.):

.....

.....

.....

Épreuve de la fonction cardio-circulatoire	Pression artérielle (R.R)	Respiration par minute	Pouls par minute	Autres observations après effort
— après un repos prolongé  — après ..... flexions des jambes en ..... secondes  — immédiatement — après 2 minutes — après 4 minutes — après 6 minutes				— Dyspnée? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de temps? .....  — Cyanose labiale? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  — Extrasystoles? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
— Autres perturbations du rythme après effort? ..... .....  — Observations particulières:				— S'il y avait déjà des extrasystoles au repos, deviennent-elles plus fréquentes? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou plus rares? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou disparaissent-elles complètement? (3) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Protocole d'examen électro-cardiographique, avec indication de la date:

.....  
 .....

Protocole d'examen électro-oscillographique, avec indication de la date:

.....  
 .....

5. Appareil digestif

(Paroi abdominale, hernies, palpation de l'abdomen, cicatrices d'interventions chirurgicales, foie, rate, ganglions, etc.):

.....  
 .....  
 .....

Protocole d'examens radiographiques, avec indication de la date:

.....  
 .....  
 .....

6. Appareil locomoteur

(Os, muscles, conformation et mobilité des articulations et de la colonne vertébrale, Lasègue, mensurations comparées des membres; indication, en degrés, de la réduction fonctionnelle éventuelle des mouvements articulaires):

.....  
.....  
.....  
.....

7. Appareil génito-urinaire

Résultat de l'examen des urines et des autres examens éventuels (azotémie, pyélographie, examen gynécologique, etc.) avec indication de la date:

.....  
.....  
.....

8. Système nerveux et psychisme

(réflexes pupillaires et périphériques, parésies, paralysies, troubles importants de la sensibilité, particularités concernant l'état psychique):

.....

Protocole d'électro-diagnostic ou d'électro-encéphalogramme:

.....

9. Autres appareils et systèmes:

.....  
.....

10. Examens du sang, avec indication de la date; taux d'hémoglobine et nombre d'érythrocytes, etc.:

.....  
.....

11. Autres résultats d'examen, avec indication de la date (sédimentation, réaction pour le diagnostic de la syphilis, etc.):

.....  
.....

D'autres examens spécifiques (3)  sont nécessaires  ne sont pas nécessaires

Dans l'affirmative, lesquels? .....

Date de la demande d'examens: .....

## C. Diagnostic et interprétation

1. Diagnostic, avec justification et appréciation:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

2. L'état de l'intéressé (3)  est  n'est pas stabilisé

.....  
 .....

3. Date du début de l'incapacité de travail (7):

.....

4. Date du début de l'invalidité actuelle (8):

.....

5. L'intéressé (3)  est  n'est pas apte à exercer une autre activité que celle exercée en dernier lieu.

6. L'intéressé (3)  est  n'est pas susceptible d'être réadapté.

7. L'intéressé (3)  est  n'est pas dans l'impossibilité absolue de se déplacer.

8. L'intéressé (3)  est  n'est pas hospitalisé.

Dans l'affirmative, durée probable de l'hospitalisation: .....

Éventuellement, date de sortie: .....

9. L'aide d'une tierce personne

(3)  lui est nécessaire  ne lui est pas nécessaire  
 pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

10. L'invalidité est (3)  temporaire  définitive

11. Date de la fin probable de cette invalidité temporaire: .....

12. Depuis l'attribution de la pension, l'état de l'intéressé

(<sup>3</sup>)  s'est amélioré       est resté stationnaire       s'est aggravé.

Observations:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13. L'intéressé (<sup>3</sup>)  doit       ne doit pas      être réexaminé.

Dans l'affirmative, indiquer la date: .....

**PARTIE II — QUESTIONNAIRE RÉSERVÉ À CERTAINES SITUATIONS**

1. Sous réserve de l'avis de l'administration compétente et selon l'avis du praticien qui établit le présent formulaire, l'indemnisation de la blessure ou de la maladie dont l'intéressé est atteint

(<sup>3</sup>)  peut  ne peut pas

être considérée comme relevant des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Dans le cas où l'intéressé bénéficiait antérieurement de la législation sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions militaires, les pensions de victimes civiles de guerre,

— nature de cette blessure ou de cette maladie:

.....  
 .....  
 .....

— taux d'invalidité proposé: .....

2. En cas d'accident, date de consolidation de la lésion: .....

3. Thérapeutique indiquée:

.....  
 .....  
 .....

L'intéressé (<sup>3</sup>)  l'accepte  ne l'accepte pas

4. La continuation des soins médicaux

(<sup>3</sup>)  est  n'est pas susceptible d'entraîner une amélioration de l'état de l'intéressé.

(<sup>3</sup>)  est  n'est pas susceptible de permettre une guérison.

5. Taux d'invalidité pour le travail minier (seulement s'il s'agit d'un mineur) (<sup>5</sup>):

au fond:..... à la surface: .....

(Le cas échéant, joindre un formulaire E 214).

6. L'intéressé (<sup>3</sup>)  se trouve  ne se trouve pas dans la nécessité

(<sup>3</sup>)  de cesser son travail à la mine.

(<sup>3</sup>)  de changer d'emploi.

Observations:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**PARTIE III — CONCLUSIONS**

1. Date effective de cessation du travail: .....
2. L'invalidité pour le travail exercé en dernier lieu est  
(<sup>3</sup>)  totale  partielle.  
Si elle est partielle, indiquer le taux: .....
3. Taux d'invalidité pour tout autre travail en rapport avec les aptitudes de l'intéressé:  
.....
4. Catégorie d'invalidité (<sup>6</sup>): .....

**5**

- 5.1 Date: .....
- 5.2 Signature du médecin: .....

**6**

Institution qui a fait procéder à l'examen

- 6.1 Dénomination: .....
- 6.2 Adresse (<sup>2</sup>): .....
- 6.3 Cachet
- 6.4 Date: .....
- 6.5 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 10 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (4) Ces éléments sont indispensables quand la demande de pension d'invalidité est fondée entièrement ou partiellement sur une affection relative à l'appareil respiratoire.
  - (5) Ne concerne pas les Pays-Bas.
  - (6) A remplir seulement quand l'examen médical est fait en vue de la décision sur une demande de pension.
  - (7) Quand le rapport est destiné à une institution néerlandaise ou établi par une institution néerlandaise, indiquer le premier jour de la période en cours d'absence pour maladie.
  - (8) Quand le rapport est destiné à une institution néerlandaise, indiquer le premier jour d'octroi des indemnités d'invalidité.
-

**RAPPORT MÉDICAL CONCERNANT L'APPRÉCIATION  
DES CAPACITÉS ET LIMITES FONCTIONNELLES**

Règl. 1408/71: art. 33 à 41, art. 87

A joindre au formulaire E 213 quand celui-ci est établi par le médecin d'une institution allemande ou néerlandaise ou destiné à une institution allemande ou néerlandaise, ou encore quand une institution d'un autre État membre en fait la demande.

<b>1</b>	Personne examinée			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
1.3	Adresse (2):			
1.4	Dernière profession exercée			
1.5	(3) <input type="checkbox"/> Numéro d'immatriculation		<input type="checkbox"/> Numéro de pension	

<b>2</b>	Rapport établi par le docteur			
Nom: .....				
Prénoms: .....				
Adresse (2): .....				
Médecin contrôleur de .....				

3 Ci-joint le formulaire (3)  E 204  E 213

Questions

Réponses <sup>(3)</sup>

Observations

Questions	Oui	Occasionnellement	Fréquemment	A temps plein	A temps partiel	Non	Observations
4 L'assuré peut-il							
4.1 exécuter des travaux lourds?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.2 exécuter des travaux mi-lourds?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.3 exécuter des travaux légers?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.4 travailler principalement debout ou en marchant?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... heures par jour
4.5 travailler principalement assis?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... heures par jour
4.6 travailler alternativement debout, assis et en marchant?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... heures par jour
4.7 travailler courbé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.8 travailler accroupi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.9 travailler à genoux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.10 travailler couché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.11 travailler les bras levés?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.12 travailler en milieu sec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.13 travailler en milieu humide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.14 travailler en milieu froid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.15 travailler en milieu chaud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.16 travailler en milieu très chaud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.17 travailler dans l'eau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.18 être exposé à des changements brusques de température?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.19 travailler en plein-air?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.20 travailler dans des locaux fermés?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.21 travailler dans des espaces resserrés (conduits, endroits où l'on doit s'introduire en rampant, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.22 gravir des escaliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.23 utiliser des échelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.24 monter sur les toits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
soulever et porter des charges occasionnellement ou de façon répétée (charger et décharger, etc.)							
4.25 poids lourds (plus de 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.26 poids moyens (10 à 25 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.27 poids légers (5 à 10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
4.28 poids très légers (moins de 5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Questions

Réponses <sup>(3)</sup>

Observations

	Oui	Occasionnellement	Fréquemment	A temps plein	A temps partiel	Non	
4.29 L'assuré doit-il utiliser une technique particulière pour soulever et porter des charges (p. ex. le dos droit et en fléchissant les genoux)?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.30 Est-il allergique à certaines substances?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser les substances et les précautions à prendre
4.31 A-t-il besoin d'accessoires spéciaux pour travailler (p. ex. une chaise réglable, polyfonctionnelle, etc.)?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser.
4.32 Peut-il utiliser les transports en commun?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
Quelle distance peut-il, approximativement, parcourir							
4.33 à pied?							..... km
4.34 à vélo?							..... km
4.35 à vélomoteur?							..... km
4.36 en auto?							..... km
4.37 en fauteil roulant?							.....
4.38 en voiturette à moteur?							..... km
4.39 Peut-il travailler avec d'autres?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.40 Peut-il utiliser des machines ou appareils offrant un certain danger?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.41 Peut-il s'occuper de travaux de direction, de surveillance ou d'organisation, comme ce peut être le cas si l'entreprise lui appartient?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
4.42 Doit-on tenir compte de certaines particularités psychologiques pour certaines activités?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser lesquelles et pour quelles activités.
4.43 Y a-t-il des réserves à faire concernant le rythme de travail?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser le motif
4.44 Compte tenu des réponses données aux questions qui précèdent, et même dans l'hypothèse de conditions de travail appropriées, doit-on s'attendre à des absences prolongées ou fréquentes en raison de déficiences physiques ou mentales?	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	

6 Institution qui a fait procéder à l'examen

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (2): .....  
.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature  
.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 5 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (<sup>3</sup>) Mettre une croix dans la ou les cases appropriées.
-

E 301

(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LES PÉRIODES À PRENDRE EN COMPTE POUR  
L'OCTROI DES PRESTATIONS DE CHÔMAGE**

*Règl. 1408/71: art. 67; art. 68; art. 71.1.a.ii; art. 71.1.b.ii*

*Règl. 574/72: art. 80; art. 81; art. 84.2*

*A délivrer par l'institution compétente en matière de chômage ou l'institution désignée par l'autorité compétente du pays où le chômeur a été assuré antérieurement.*

1 Travailleur

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité

2 Le travailleur désigné ci-dessus a accompli, au cours

2.1 <sup>(3)</sup>  de l'année <sup>(2)</sup>  des deux années <sup>(2)</sup>  des trois années <sup>(2)</sup>  
précédant la fin de son dernier emploi,

3 **les périodes d'assurance et périodes assimilées ci-après <sup>(4)</sup>:**

3.1 Périodes d'assurance <sup>(5)</sup>:

du	au

3.2 Périodes assimilées <sup>(6)</sup>:

du	au	Motif de l'assimilation <sup>(7)</sup>

4 **les périodes d'emploi et périodes assimilées ci-après <sup>(4)</sup>:**

4.1 Périodes d'emploi <sup>(5)</sup> <sup>(8)</sup>:

du	au	Activité exercée <sup>(9)</sup>

4.2 Périodes assimilées <sup>(6)</sup> <sup>(8)</sup>:

du	au	Motif de l'assimilation <sup>(7)</sup>

5 les périodes d'assurance et périodes d'emploi ci-après <sup>(10)</sup>:

du	au

5.1 les périodes ci-après, assimilées à des périodes d'assurance ou d'emploi <sup>(11)</sup>:

du	au	Motif de l'assimilation <sup>(7)</sup>

6 les périodes d'assurance et périodes assimilées ci-après <sup>(8)</sup>:

6.1 <sup>(3)</sup>  moins de 52 semaines, à savoir

du	au

6.2 <sup>(3)</sup>  52 semaines ou plus. Dernier jour d'emploi: .....

7 Renseignements sur le dernier emploi occupé:

Branche d'activité	Activité exercée (p. ex. « maçon », pas « ou- vrier du bâtiment »)	Rémunération hebdomadaire moyenne approximative

7.1 Motif de la cessation <sup>(12)</sup>:

.....

8 L'intéressé (13)

8.1 (3)  a reçu ou doit recevoir une rémunération pour la période consécutive à la cessation du travail jusqu'au .....

8.2 (3)  a reçu ou doit recevoir, à l'occasion de la cessation du travail, une indemnité ou d'autres versements analogues d'un montant de .....

8.3 (3)  a reçu ou doit recevoir une indemnité de remplacement de congé annuel, d'un montant de ..... pour ..... jours(14)

8.4 (3)  a renoncé aux droits suivants qui découlent du contrat de travail (15):  
.....  
Motif: .....

9 Depuis le début de la première période mentionnée ci-dessus, l'intéressé a bénéficié des prestations de chômage (16)

du	au

10 L'intéressé n'a pas droit aux prestations en vertu de l'article 69 du règl. 1408/71

10.1 (3)  parce qu'il n'y a pas droit en vertu de la législation appliquée par l'institution qui délivre la présente attestation,

10.2 (3)  parce qu'il n'est pas resté à la disposition des services de l'emploi du pays compétent pendant quatre semaines à compter du début de son chômage, et qu'il n'a pas été autorisé à partir avant la fin de ce délai.

11 L'intéressé n'a pas droit aux prestations non plus en vertu de l'article 71.1.a.i. ou de l'article 71.1.b.i. du règl. 1408/71 au regard de l'institution qui délivre la présente attestation.

12 Institution qui délivre l'attestation

12.1 Dénomination: .....

12.2 Adresse (17): .....

12.3 Cachet

12.4 Date: .....

12.5 Signature  
.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Un an si l'attestation est destinée à une institution française, luxembourgeoise ou néerlandaise; deux ans si elle est destinée à une institution italienne; trois ans si elle est destinée à une institution allemande ou belge.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Si la ventilation entre les données demandées aux points 3.1 et 3.2, 4.1 et 4.2 n'est pas disponible, indiquer le total au point 3.1 ou 4.1, selon le cas.
- (5) A remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, allemande, française ou néerlandaise.
- (6) A remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, allemande ou néerlandaise.
- (7) Par exemple: maladie, maternité, accident du travail, service militaire, formation professionnelle, chômage constaté.
- (8) A remplir si l'attestation est destinée à une institution italienne.
- (9) A remplir si l'attestation est destinée à une institution française ou italienne.
- (10) A remplir si l'attestation est destinée à une institution luxembourgeoise.
- (11) A remplir si l'attestation est destinée à une institution française ou luxembourgeoise.
- (12) Par exemple: expiration du contrat de travail, démission, licenciement, renvoi sans préavis par suite de .....
- (13) Indication superflue si l'attestation est destinée à une institution luxembourgeoise.
- (14) A remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, française, italienne ou néerlandaise.
- (15) A remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, italienne ou néerlandaise.
- (16) A remplir si l'attestation est destinée à une institution française, allemande ou italienne. Si l'attestation est destinée à une institution italienne, il y a lieu d'indiquer toutes les périodes pour lesquelles l'intéressé a bénéficié de prestations de chômage au cours de l'année qui a précédé la délivrance de l'attestation.
- (17) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-

**ATTESTATION RELATIVE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DU CHÔMEUR  
À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LE CALCUL  
DES PRESTATIONS**

Règl. 1408/71: art. 68.2

Règl. 574/72: art. 82

A délivrer par l'institution désignée du pays de résidence des membres de la famille.

1 Chômeur

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité

2 Membres de la famille

Numéro d'ordre	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Lieu de résidence
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

3 Éventuellement, revenu des membres de la famille (nature et montant mensuel, y compris les prestations sociales) (3)

Numéro d'ordre (2)	Membres de la famille	Nature du revenu	Montant

4 Jusqu'au début de son chômage, le chômeur assurait l'entretien des membres de sa famille indiqués sous les numéros d'ordre

..... (4).

4.1 Le membre de la famille mentionné sous le numéro d'ordre

..... ne peut, en raison de déficiences physiques ou mentales, subvenir à sa propre subsistance par son travail (4).

4.2 Les suppléments familiaux pour les membres de la famille visés aux numéros d'ordre

.....

ont été versés à une autre personne en même temps que les prestations de chômage pour la période du ..... au .....

4.3 Indication intéressant uniquement les institutions allemandes:

A l'exception de sa période d'emploi en République fédérale d'Allemagne, le chômeur et son conjoint

(5)  vivent sous le même toit  ne vivent pas sous le même toit.

4.4 La présente attestation est valable douze mois à compter de la date de sa délivrance.

5 Institution qui délivre l'attestation

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (6): .....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (<sup>2</sup>) Pour chaque membre de la famille mentionné dans ce cadre, rappeler le numéro d'ordre figurant au cadre 2.
  - (<sup>3</sup>) L'indication est superflue quand le formulaire est destiné à une institution allemande.
  - (<sup>4</sup>) A remplir uniquement quand le formulaire est destiné à une institution belge ou française.
  - (<sup>5</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>6</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-



E 303/0

(<sup>1</sup>)

**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS  
DE CHÔMAGE**

Règl. 1408/71; art. 69  
Règl. 574/72; art. 26.2; art. 83.1 à 3, art. 97

1	Chômeur		
1.1	Nom de famille	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
2	Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage.		
3	Il peut bénéficier des prestations à partir du ....., à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ....., auprès des services de l'emploi ( <sup>2</sup> ) du pays où il cherche du travail.		
4	Le chômeur a droit aux prestations pour une durée de ..... jours, sans que celle-ci puisse dépasser le .....		
4.1	Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf ( <sup>3</sup> ) <input type="checkbox"/> le lundi <input type="checkbox"/> le mardi <input type="checkbox"/> le mercredi <input type="checkbox"/> le jeudi <input type="checkbox"/> le vendredi <input type="checkbox"/> le samedi <input type="checkbox"/> le dimanche.		
4.2	Montant journalier des prestations de chômage: ..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net et, à partir du ....., ..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.		
5	Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (Règl. 574/72, art. 83.1 et art. 83.3):		
5.1	— quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent ( <sup>4</sup> ) ou exerce une activité indépendante;		
5.2	— quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);		
5.3	— quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;		
5.4	— quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer;		
5.5	— quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;		
5.6	— quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail ( <sup>5</sup> );		
5.7	— quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);		
5.8	— quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;		
5.9	— quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).		
6	Institution qui remplit le formulaire		
6.1	Dénomination: .....		
6.2	Adresse ( <sup>6</sup> ): .....		
6.3	Cachet		
6.4	Date: .....		
6.5	Signature .....		

### INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris l'E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.**

### NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.
- (<sup>3</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>4</sup>) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours; selon la législation belge et néerlandaise, une activité comportant au moins un jour de travail normal.
- (<sup>5</sup>) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.
- (<sup>6</sup>) Code postale, localité, rue, numéro, pays.

**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS  
DE CHÔMAGE**

*Règl. 1408/71; art. 69  
Règl. 574/72: art. 26.2; art. 83.1 à 3, art. 97*

*Cet exemplaire est destiné à l'institution d'assurance-chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi. Il doit servir de base au service des prestations de chômage (Règl. 574/72: art. 83.1).*

<b>1</b>	Chômeur		
<b>1.1</b>	Nom de famille	Prénoms	Nom de jeune fille
<b>1.2</b>	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité

- 2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage.
- 3 Il peut bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.
- 4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée de ..... jours, sans que celle-ci puisse dépasser le .....
- 4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf (3)  le lundi  le mardi  le mercredi  le jeudi  le vendredi  le samedi  le dimanche.
- 4.2 Montant journalier des prestations de chômage:  
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net  
et, à partir du .....  
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.
- 5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (Règl. 574/72, art. 83.1 et art. 83.3):
- 5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (4) ou exerce une activité indépendante;
  - 5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);
  - 5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;
  - 5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer;
  - 5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;
  - 5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);
  - 5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);
  - 5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;
  - 5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

<b>6</b>	Institution qui remplit le formulaire		
<b>6.1</b>	Dénomination: .....		
<b>6.2</b>	Adresse (6): .....		
<b>6.3</b>	Cachet		
		<b>6.4</b>	Date: .....
		<b>6.5</b>	Signature .....

### INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris l'E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.**

### NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours; selon la législation belge et néerlandaise, une activité comportant au moins un jour de travail normal.
- (5) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.
- (6) Code postale, localité, rue, numéro, pays.

E 303/2



(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS  
DE CHÔMAGE**

Règl. 1408/71; art. 69  
Règl. 574/72: art. 26.2; art. 83.1 à 3, art. 97

Cet exemplaire doit être retourné à l'institution compétente, pour l'aviser de l'inscription du chômeur et du début du service des prestations (Règl. 574/72: art. 83.3).

1	Chômeur		
1.1	Nom de famille	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité

- 2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage
- 3 Il peut bénéficier des prestations à partir du ....., à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ....., auprès des services de l'emploi (?) du pays où il cherche du travail.
- 4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée de ..... jours, sans que celle-ci puisse dépasser le .....
- 4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf (3)  le lundi  le mardi  le mercredi  le jeudi  le vendredi  le samedi  le dimanche.
- 4.2 Montant journalier des prestations de chômage:  
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net  
et, à partir du .....,  
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.
- 5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (Règl. 574/72, art. 83.1 et art. 83.3):
- 5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (4) ou exerce une activité indépendante;
- 5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);
- 5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;
- 5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer;
- 5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;
- 5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);
- 5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);
- 5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;
- 5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6	Institution qui remplit le formulaire	
6.1	Dénomination: .....	
6.2	Adresse (6): .....	

A remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi.

- 7 Nous certifions
- 7.1 que le chômeur désigné ci-dessus s'est fait inscrire comme demandeur d'emploi le .....
- 7.2 et bénéficie des prestations de chômage depuis le .....

8	Institution du pays où le chômeur cherche un emploi	
8.1	Dénomination: .....	
8.2	Adresse (6): .....	
8.3	Cachet	8.4 Date: .....
		8.5 Signature .....

### **INSTRUCTIONS**

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris l'E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.**

### **NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours; selon la législation belge et néerlandaise, une activité comportant au moins un jour de travail normal.
- (5) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.
- (6) Code postale, localité, rue, numéro, pays.

E 303/3



(1)

**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS  
DE CHÔMAGE**

Règl. 1408/71; art. 69  
Règl. 574/72, art. 26.2; art. 83.1 à 3, art. 97

Cet exemplaire est destiné à l'institution d'assurance-maladie du lieu où le chômeur cherche un emploi (Règl. 574/72, art. 26.2).

1	Chômeur		
1.1	Nom de famille	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
2	Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage		
3	Il peut bénéficier des prestations à partir du ....., à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ....., auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.		
4	Le chômeur a droit aux prestations pour une durée de ..... jours, sans que celle-ci puisse dépasser le .....		
4.1	Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf (3) <input type="checkbox"/> le lundi <input type="checkbox"/> le mardi <input type="checkbox"/> le mercredi <input type="checkbox"/> le jeudi <input type="checkbox"/> le vendredi <input type="checkbox"/> le samedi <input type="checkbox"/> le dimanche.		
4.2	Montant journalier des prestations de chômage: ..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net et, à partir du ....., ..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.		
5	Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (Règl. 574/72, art. 83.1 et art. 83.3):		
5.1	— quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (4) ou exerce une activité indépendante;		
5.2	— quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);		
5.3	— quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;		
5.4	— quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer;		
5.5	— quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;		
5.6	— quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);		
5.7	— quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);		
5.8	— quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;		
5.9	— quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).		
6	Institution qui remplit le formulaire		
6.1	Dénomination: .....		
6.2	Adresse (6): .....		

A remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi et à joindre au formulaire E 119.

7	Nous certifions	
7.1	que le chômeur désigné ci-dessus s'est fait inscrire comme demandeur d'emploi le .....	
7.2	et bénéficie des prestations de chômage depuis le .....	

8	Institution du pays où le chômeur cherche un emploi	
8.1	Dénomination: .....	
8.2	Adresse (6): .....	
8.3	Cachet	8.4 Date: .....
		8.5 Signature .....

#### **INSTRUCTIONS**

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris l'E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.**

#### **NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (4) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours; selon la législation belge et néerlandaise, une activité comportant au moins un jour de travail normal.
- (5) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.
- (6) Code postale, localité, rue, numéro, pays.

**ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS  
DE CHÔMAGE**

Règl. 1408/71; art. 69  
Règl. 574/72, art. 26.2; art. 83.1 à 3, art. 97

Cet exemplaire doit être retourné à l'institution compétente, pour servir de base au remboursement des prestations de chômage servies pour son compte (Règl. 574/72; art. 97).

1	Chômeur		
1.1	Nom de famille	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité

2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage

3 Il peut bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi <sup>(2)</sup> du pays où il cherche du travail.

4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée de ..... jours, sans que celle-ci puisse dépasser le .....

4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf <sup>(3)</sup>  le lundi  le mardi  le mercredi  le jeudi  le vendredi  le samedi  le dimanche.

4.2 Montant journalier des prestations de chômage:  
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net  
et, à partir du ..... ,  
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.

5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (Règl. 574/72, art. 83.1 et art. 83.3):

- 5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent <sup>(4)</sup> ou exerce une activité indépendante;
- 5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);
- 5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;
- 5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer;
- 5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;
- 5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail <sup>(5)</sup>;
- 5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);
- 5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;
- 5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6	Institution qui remplit le formulaire		
6.1	Dénomination:	.....	
6.2	Adresse <sup>(6)</sup> :	.....	

A remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi.

7 Les sommes suivantes ont été payées au chômeur au vu de l'attestation ci-dessus:

Du	au	Montant	Motif de la suspension ou de l'arrêt des paiements

8	Institution du pays où le chômeur cherche un emploi		
8.1	Dénomination:	.....	
8.2	Adresse <sup>(6)</sup> :	.....	
8.3	Cachet	8.4	Date: .....
		8.5	Signature .....

### INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris l'E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.**

### NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.
- (<sup>3</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>4</sup>) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours; selon la législation belge et néerlandaise, une activité comportant au moins un jour de travail normal.
- (<sup>5</sup>) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.
- (<sup>6</sup>) Code postale, localité, rue, numéro, pays.

**Indications pour le chômeur  
qui a l'intention de se rendre dans un autre État membre pour y chercher un emploi**

**Avant de partir,**

vous devez faire le nécessaire pour être sûr de bénéficier, s'il y a lieu, des prestations de l'assurance maladie-maternité pour vous-même et pour les membres de votre famille, même pendant que vous cherchez un emploi.

Dans ce but, présentez-vous à la caisse de maladie (mutuelle) à laquelle vous êtes affilié ou étiez affilié en dernier lieu. Sur présentation du formulaire E 303 qui vous a été remis par l'institution d'assurance-chômage, la caisse de maladie vous délivrera une attestation intitulée « E 119 ». En cas de maladie ou de maternité, vous présenterez cette attestation à la caisse de maladie du pays où vous cherchez un emploi.

**Dès votre arrivée**

à l'endroit où vous allez chercher un emploi, présentez-vous au service de placement <sup>(1)</sup>; en Italie et aux Pays-Bas, vous vous présenterez également au bureau de l'assurance-chômage <sup>(1)</sup>. Vous y remettrez tous les exemplaires du formulaire E 303 qui sont en votre possession.

Vous trouverez dans ce formulaire E 303 la date limite à laquelle vous devez vous présenter si vous voulez encore bénéficier des prestations de chômage à partir du moment où vous avez cessé d'être inscrit comme demandeur d'emploi dans le pays que vous quittez.

**Pendant que vous cherchez un emploi,**

vous êtes soumis au contrôle des services de placement et de l'assurance-chômage comme les autres chômeurs de la localité. En cas de changement de situation qui peut avoir une influence sur votre droit aux prestations de chômage, vous êtes tenu de le déclarer à l'institution à laquelle vous aurez remis le formulaire E 303; il en est de même en cas d'incapacité de travail.

Si ce changement de situation peut entraîner une augmentation de vos droits à prestations (par exemple en cas de mariage ou à la naissance d'un enfant), vous pouvez aussi adresser directement votre déclaration à l'institution qui vous a délivré le formulaire E 303, en y joignant les pièces justificatives appropriées.

Si votre recherche d'emploi hors de votre dernier pays d'emploi se prolonge pendant plus de 3 mois, vous perdrez, à la fin de ce délai, les droits que vous auriez encore à l'égard de l'assurance-chômage de ce dernier pays d'emploi. Cependant, le bureau qui vous a délivré le formulaire E 303 peut autoriser des exceptions.

<sup>(1)</sup> C'est-à-dire:

en Belgique: les bureaux locaux de l'Office national de l'emploi;

en Allemagne: l'« Arbeitsamt » (bureau du travail);

en France: l'agence locale de l'emploi;

en Italie: l'« Ufficio provinciale del Lavoro »;

au Luxembourg: l'Office national du travail;

aux Pays-Bas: le « Gewestelijk Arbeidsbureau » (Bureau régional du travail) et la « Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging » (Nouvelle association professionnelle générale).

**ATTESTATION CONCERNANT LA COMPOSITION DE LA FAMILLE EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES**

Règl. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1  
Règl. 574/72: art. 86.2; art. 88

A joindre à une demande adressée à l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

<b>1</b>	Travailleur			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
1.3	État-civil:	(2) <input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> veuf
		(2) <input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> séparé	
1.4	Adresse (3): .....			
.....				

<b>2</b>	Conjoint			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
2.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
2.3	Profession: .....			
2.4	Adresse (3): .....			
.....				

<b>3</b>	Membres de la famille autres que le conjoint				
Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté (4)	Lieu de résidence	Profession
1.....					
2.....					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					

3.1 Observations: .....

**4** Attestation du bureau de la population, de l'autorité ou de l'administration compétente en matière d'état civil <sup>(5)</sup>

L'exactitude des renseignements donnés ci-dessus a été vérifiée sur les documents officiels qui sont en notre possession.

4.1 Nom et adresse du bureau <sup>(3)</sup>: .....

4.2 Cachet

4.3 Date: .....

4.4 Signature .....

**5** Nom et adresse de l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse <sup>(3)</sup>: .....

5.3 Numéro de référence du dossier: .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Indiquer la parenté de chaque membre de la famille avec le travailleur par les abréviations suivantes:  
A = enfant légitime  
B = enfant légitimé  
C = enfant adoptif  
D = enfant naturel (quand la déclaration est remplie au nom d'un travailleur masculin, les enfants naturels ne doivent être mentionnés que si la paternité ou l'obligation alimentaire du travailleur a été reconnue officiellement)  
E = enfant du conjoint appartenant au ménage du travailleur  
F = petits-enfants, frères et soeurs que l'intéressé a accueillis dans son ménage  
G = autres enfants faisant partie du ménage en permanence sur le même pied que les enfants du travailleur (enfants recueillis).  
Les autres relations de parenté (p.ex.: grand-père) doivent être indiquées en toutes lettres.  
Si un enfant est marié, l'indiquer au point 3.1.
- (5) En France, la mairie ou la caisse d'allocations familiales.
-

**ATTESTATION DE POURSUITE D'ÉTUDES EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES**

*Règl. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1*

*Règl. 574/72: art. 86; art. 88*

**A. Demande d'attestation**

*A remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.*

**1** Travailleur qui sollicite l'octroi des prestations familiales ou personne qui les réclame a un autre titre

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
1.3	Adresse (3):			
.....				
.....				

**2** Elève ou étudiant

2.1	Nom:	Prénoms:	.....	
2.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	.....
.....				
2.3	Adresse (3):			
.....				
.....				

**3** Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

3.1	Dénomination: .....			
3.2	Adresse (3): .....			
.....				
3.3	Numéro de référence du dossier: .....			
3.4	Cachet			
		3.5	Date: .....	
		3.6	Signature	
.....				

**B. Attestation**

A remplir par l'établissement (école ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire) et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4

4.1 L'élève désigné au cadre 2 fréquente l'école ci-après

depuis le .....

4.2 Sa formation scolaire se prolongera probablement jusqu'au .....

4.3 Le nombre d'heures de cours est de ..... par semaine.

4.4 L'étudiant désigné au cadre 2 est inscrit à l'établissement d'enseignement

(<sup>2</sup>)  supérieur  universitaire désigné au cadre 5

depuis le .....

4.5 Ses études dans cet établissement se prolongeront probablement

jusqu'au .....

5 École ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (<sup>3</sup>): .....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

## ANNEXE

A remplir si la demande de prestations familiales doit être présentée à une institution belge.

<b>1</b>	Enseignement dispensé dans l'établissement (autre que ceux d'enseignement supérieur ou universitaire)
1.1	Sur combien de demi-journées et combien d'heures par semaine les cours sont-ils répartis? .....demi-journées. .... heures.
1.2	Les cours (2) <input type="checkbox"/> se donnent <input type="checkbox"/> ne se donnent pas avant 18 heures.
1.3	L'élève (2) <input type="checkbox"/> suit régulièrement <input type="checkbox"/> ne suit pas régulièrement les cours. Dans la négative, indiquer le nombre de jours d'absence et le motif: .....
1.4	Les cours mentionnés au 1 ci-dessus a) (2) <input type="checkbox"/> comprennent <input type="checkbox"/> ne comprennent pas les heures de stage requises pour l'obtention d'un diplôme officiel. b) (2) <input type="checkbox"/> comprennent <input type="checkbox"/> ne comprennent pas les heures d'exercices pratiques qui ont lieu dans l'établissement. c) (2) <input type="checkbox"/> comprennent <input type="checkbox"/> ne comprennent pas les heures consacrées à l'étude dans l'établissement. Dans l'affirmative, indiquer le nombre d'heures par semaine .....
1.5	Nature de l'enseignement: (2) <input type="checkbox"/> Formation générale. <input type="checkbox"/> Enseignement technique. <input type="checkbox"/> Enseignement artistique. (2) <input type="checkbox"/> Assimilé à l'enseignement supérieur ou universitaire.
1.6	Le programme (2) <input type="checkbox"/> est <input type="checkbox"/> n'est pas agréé par l'État (2) <input type="checkbox"/> correspond <input type="checkbox"/> ne correspond pas à un programme agréé par l'État.
1.7	Indiquer les périodes de vacances: — Vacances de Noël: du ..... au ..... — Vacances de Pâques: du ..... au ..... — Vacances d'été: du ..... au .....

## ANNEXE (suite)

2 Enseignement dispensé dans l'établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

- 2.1 (2)  Il s'agit  Il ne s'agit pas d'un programme d'études à temps plein.
- 2.2 Les cours suivis (2)  conduisent  ne conduisent pas  
à l'obtention d'un grade académique ou d'un diplôme.
- 2.3 L'étudiant (2)  prépare  ne prépare pas un mémoire de fin d'études.  
Dans l'affirmative,  
— depuis quelle date? .....
- à quelle date doit-il présenter son mémoire? .....
- 2.4 Indiquer les périodes de vacances:
- Vacances de Noël: du ..... au .....
- Vacances de Pâques: du ..... au .....
- Vacances d'été: du ..... au .....

3 École ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

- 3.1 Dénomination: .....
- .....
- 3.2 Adresse (3): .....
- .....
- 3.3 Cachet
- 3.4 Date: .....
- 3.5 Signature
- .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 5 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-

E 403



(1)

**ATTESTATION D'APPRENTISSAGE EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES**

Règl. 1408/71: art. 73.1; art. 74.1  
Règl. 574/72: art. 86; art. 88

**A. Demande d'attestation**

A remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1	Travailleur qui sollicite l'octroi de prestations familiales ou personne qui les réclame à un autre titre			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
1.3	Adresse (3):			

2	Apprenti			
2.1	Nom:	Prénoms:		
2.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	
2.3	Adresse (3):			

3	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1	Dénomination:			
3.2	Adresse (3):			
3.3	Cachet			
		3.4	Date:	
		3.5	Signature	

**B. Attestation**

A remplir par la personne, l'entreprise ou l'institution chargée de l'apprentissage et à adresser à l'organisme chargé du contrôle de l'apprentissage, qui doit la faire parvenir à l'institution mentionnée au cadre 3.

<b>4</b>	<b>Renseignements concernant l'apprentissage</b>
4.1	L'apprenti mentionné à la page précédente nous a été confié à partir du ..... en vue de sa formation au métier de .....
4.2	L'apprentissage se prolongera probablement jusqu'au .....
4.3	L'apprenti (2) <input type="checkbox"/> reçoit <input type="checkbox"/> une allocation d'apprentissage (2) <input type="checkbox"/> hebdomadaire s'élevant à ..... <input type="checkbox"/> mensuelle s'élevant à ..... <input type="checkbox"/> d'autres prestations (4): (2) <input type="checkbox"/> logement <input type="checkbox"/> pension complète <input type="checkbox"/> pension partielle (2) <input type="checkbox"/> pourboires <input type="checkbox"/> ..... repas par jour <input type="checkbox"/> autres (à préciser) du ..... au ..... s'élevant à ..... (2) <input type="checkbox"/> ne reçoit pas <input type="checkbox"/> d'allocation d'apprentissage <input type="checkbox"/> d'autres prestations
4.4	Lieu de travail: .....
4.5	Nom de la personne, de l'entreprise ou de l'institution chargée de l'apprentissage: .....
4.6	Adresse (3): .....
4.7	Cachet
	4.8 Date: .....
	4.9 Signature .....

<b>5</b>	<b>Visa de l'organisme chargé du contrôle de l'apprentissage</b>
5.1	Dénomination: .....
5.2	Adresse (3): .....
5.3	Cachet
	5.4 Date: .....
	5.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (4) Quand le formulaire est destiné à une institution allemande, détailler le montant de ces prestations dans le cadre ci-après:

logement:.....	autres prestations: .....
pension complète: .....	.....
pension partielle: .....	.....
pourboires:.....	.....
repas: .....	.....

E 404



(1)

## CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règl. 1408/71: art. 73.1 et 3; art. 74.1  
Règl. 574/72: art. 86; art. 88

### A. Demande

A remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales .

1 Travailleur qui sollicite l'octroi des prestations familiales ou personne qui les réclame à un autre titre

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
1.3	Adresse (3):			
.....				
.....				

2 Personne qui fait l'objet du certificat médical

2.1	Nom:	Prénoms:	.....	
2.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	
.....				
2.3	Adresse (3) :			
.....				
.....				

3 Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

3.1	Dénomination: .....			
3.2	Adresse (3): .....			
.....				
3.3	Cachet		3.4	Date: .....
			3.5	Signature
.....				

**B. Certificat**

A remplir par le médecin désigné par l'organisme de liaison <sup>(4)</sup> du pays de résidence de la personne examinée et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4

4.1 a) Les facultés physiques ou mentales de la personne examinée

(<sup>2</sup>)  sont diminuées  ne sont pas diminuées

Dans l'affirmative, pourcentage de diminution: .....%

b) La personne examinée (<sup>2</sup>)  est capable

(<sup>2</sup>)  n'est pas capable de gagner sa vie par suite de déficience physique ou mentale.

c) La personne examinée (<sup>2</sup>)  est  n'est pas ménagère.

Dans l'affirmative (<sup>2</sup>)  elle est  elle n'est pas en état de tenir son ménage.

d) Observations éventuelles:

.....  
 .....  
 .....

e) Description de l'état de la personne examinée:

.....  
 .....  
 .....

4.2 Date du début de l'infirmité ou de la maladie (de façon aussi précise que possible):

.....

4.3 Durée probable: .....

4.4 a) Un nouvel examen (<sup>2</sup>)  est nécessaire  n'est pas nécessaire.

b) Dans l'affirmative, date de l'examen: .....

5

5.1 Nom et prénom du médecin: .....

5.2 Adresse (<sup>3</sup>): .....

.....

5.3 Date: .....

5.4 Signature

.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (4) Ou le médecin de la caisse désignée par l'organisme de liaison.
-

E 405

(1)

**PRESTATIONS OU ALLOCATIONS FAMILIALES EN CAS D'OCCUPATIONS SUCCESSIVES DANS PLUSIEURS ÉTATS MEMBRES ENTRE LES ÉCHÉANCES DE PAIEMENT PRÉVUES PAR LA LÉGISLATION DE CES ÉTATS**

*Règl. 1408/71: art. 12; art. 72  
Règl. 574/72: art. 10.2; art. 85.2 et 3*

*Cette attestation est délivrée à l'intéressé sur sa demande. Le cas échéant, l'institution compétente s'adresse, pour l'obtenir, à l'institution dont le travailleur relevait antérieurement.*

*A— A remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations ou allocations familiales dont relève le travailleur.*

1	Travailleur			
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
1.3	État-civil:	(2) <input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> veuf
		(2) <input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> séparé	
1.4	Adresse (3):			
.....				
.....				

2	Personne qui doit percevoir les prestations ou allocations familiales			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
.....				
2.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....				
2.3	Adresse (3):			
.....				
.....				

3	Institution dont le travailleur relevait antérieurement			
3.1	Dénomination: .....			
3.2	Adresse (3): .....			
.....				

4 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

4.1 Dénomination: .....

4.2 Adresse (3): .....

5 Institution dont le travailleur relève actuellement

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (3): .....

5.3 Numéro de référence du dossier: .....

5.4 Cachet

5.5 Date: .....

5.6 Signature .....

*B— A remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations ou allocations familiales dont le travailleur relevait antérieurement.*

6

6.1 Nous certifions que le travailleur désigné au cadre 1

6.2 a accompli ..... jours de travail, du ..... au .....

6.3 en (4) .....

6.4 (2)  Il a droit  il n'a pas droit à des prestations ou allocations familiales.

6.5 Des prestations ou allocations familiales lui ont été servies

du ..... au .....

7 Institution dont le travailleur relevait antérieurement

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (3): .....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire; B = Belgique; D = Allemagne; F = France; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
  - (2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (3) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (4) Pays dans lequel s'est exercée l'activité considérée.
-

E 406

(1)

**DEMANDE D'ALLOCATIONS FAMILIALES CONCERNANT UN TRAVAILLEUR SOUMIS À LA  
LÉGISLATION FRANÇAISE ET DONT LA FAMILLE RÉSIDE DANS UN ÉTAT MEMBRE AUTRE  
QUE LA FRANCE**

Règl. 1408/71: art. 73.2, art. 75.2.b; art. 76

Règl. 574/72: art. 87.1

La présente demande, établie en double exemplaire (en triple exemplaire si les membres de la famille résident en Italie) (1), doit être adressée par le travailleur directement à l'institution française d'allocations familiales dont il relève au titre de son activité.

1 Travailleur

1.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille

1.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité

1.3 Adresse en France (2):

1.4 Activité exercée: (6)

1.5 Date d'entrée en France:

2 Personne qui doit percevoir les allocations familiales

Je déclare que la personne ci-après désignée assure la subsistance des membres de ma famille et je demande que les allocations familiales soient versées entre ses mains.

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille

2.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité

2.3 Lien de parenté avec le travailleur:

2.4 Dénomination s'il s'agit d'une personne morale:

2.5 Adresse (2):

2.6 Date:

2.7 Signature

2.8 Dénomination et adresse de l'institution qui doit verser les allocations familiales aux membres de la famille au lieu de leur résidence (2):

## 3 Membres de la famille à charge

3.1	Nom	3.2	Prénoms	3.3	Date de naissance
1)	.....	.....	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....	.....	.....
3.4	Lien de parenté	3.5	Lieu de résidence	3.6	Observations
1) (3)	.....	.....	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....	.....	.....
3.7	Je déclare qu'aucun droit à allocations familiales n'est ouvert au titre d'une activité professionnelle en vertu de la législation du pays de résidence des membres de ma famille.				
			3.8	Date:	.....
			3.9	Signature	.....

4 (7) Éventuellement, revenu des membres de la famille (nature et montant mensuel, y compris les prestations sociales)

Numéro d'ordre	Membres de la famille	Nature du revenu	Montant
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**5**

5.1 Si vous avez exercé une activité salariée dans un autre État membre au cours du mois de l'entrée en France et si un formulaire E 405 n'a pas encore été établi, indiquer

5.2 la période d'emploi: .....

5.3 la dénomination et l'adresse (2) de l'institution compétente en matière d'allocations familiales dont vous relevez:

.....  
.....

5.4 votre numéro matricule auprès de cette institution: .....

5.5 Date: .....

5.6 Signature .....

**6** Attestation de l'employeur

6.1 Nom ou raison sociale: .....

6.2 Branche d'activité (4): .....

6.3 Adresse (2): .....

.....

6.4 Début de l'activité: .....

6.5 Le travailleur (5)  est  n'est pas titulaire d'un contrat de travail saisonnier.

6.6 Dans l'affirmative, durée du contrat: .....

6.7 Date: .....

6.8 Signature .....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

### Indications pour l'assuré

*Le travailleur soumis à la législation française et le chômeur qui bénéficie de prestations de chômage à charge de la France ont droit, pour les membres de leur famille qui résident dans un autre État membre que la France, aux allocations familiales prévues par la législation du pays de résidence des membres de la famille. Les allocations sont payées par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille au vu d'une attestation E 407 délivrée par l'institution française d'allocations familiales.*

## NOTES

- (1) Pour les besoins des institutions italiennes, un exemplaire du formulaire E 406 doit être joint au formulaire E 407.
  - (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (3) Mettre en regard de chacun de ces numéros d'ordre les renseignements concernant la personne qui répond au même numéro d'ordre dans les trois colonnes qui précèdent.
  - (4) Salariés de l'industrie et du commerce, des professions libérales (cadres, employés, ouvriers), journalistes professionnels, salariés des compagnies d'assurances, salariés des institutions de crédit, salariés des activités artisanales, salariés agricoles.
  - (5) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (6) Pour les besoins des institutions italiennes, préciser s'il s'agit d'un ouvrier ou d'un employé.
  - (7) A remplir uniquement si les membres de la famille résident en Italie.
-

E 407

F (1)

**Attestation des périodes d'emploi ou de chômage indemnisé en France  
en vue de l'octroi des allocations familiales à des membres de la famille d'un travailleur ou d'un chômeur qui résident dans  
un État membre autre que la France**

Règl. 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2 — Règl. 574/72: Art. 87.1 à 5; Art. 89.1

Cette attestation est délivrée par l'institution française compétente en matière d'allocations familiales au travailleur, au chômeur, ou, le cas échéant, à l'institution du lieu de résidence. Le travailleur ou le chômeur adresse l'attestation aux membres de sa famille afin que ceux-ci la remettent à l'institution de leur lieu de résidence. Sous les réserves indiquées ci-après et sauf annulation ultérieure, elle est valable trois mois quand il s'agit d'un travailleur permanent et pour la durée de contrat quand il s'agit d'un travailleur saisonnier.

1	( <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier <input type="checkbox"/> Chômeur	Numéro d'identification .....	
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe
1.3	Adresse ( <sup>3</sup> ): .....		

2	Personne physique ou morale qui doit percevoir les allocations familiales		
2.1	Nom et prénoms ou dénomination	Sexe	Nom de jeune fille
2.2	Adresse ( <sup>3</sup> ): .....		

3	Institution du lieu de résidence des membres de la famille	Numéro d'immatriculation .....
3.1	Dénomination: .....	
3.2	Adresse ( <sup>3</sup> ): .....	

4	Attestation des droits		
Le travailleur visé au cadre 1			
4.1	( <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/>	a rempli en France les conditions d'emploi lui permettant de bénéficier de la totalité des allocations familiales mensuelles, sauf annulation ultérieure, pour les mois de .....	
4.2	( <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/>	a exercé en France une activité lui ouvrant droit, sauf annulation ultérieure, à .....(fraction) des allocations familiales mensuelles pour les mois de ..... et ..... et à la totalité pour les mois de ..... à ..... inclus, et permettant le paiement des allocations familiales sur cette base.	
4.3	( <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/>	est titulaire, en France, d'un contrat de travail saisonnier valable du ..... au ..... qui lui permet de bénéficier de la totalité des allocations familiales pour les mois de ..... à ..... inclus, et d'un prorata pour les mois de ..... et .....	
4.4	( <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/>	a bénéficié, au cours de la période du ..... au ..... des prestations de chômage au titre de la législation française pendant ..... jours.	

5	Institution française compétente en matière d'allocations familiales		
5.1	Dénomination: .....		
5.2	Adresse ( <sup>3</sup> ): .....		
5.3	Cachet		
5.4	Date: .....		
5.5	Signature .....		

#### **INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.**

Pour les besoins des institutions italiennes, il y a lieu d'y joindre un exemplaire du formulaire E 406.

#### **Notes**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: F = France.
- (<sup>2</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>3</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.

**DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS**

Règl. 1408/71: art. 73.2

Règl. 574/72: art. 87.1; art. 87.7, 2ème alinéa; art. 89.2

*Cette demande de renseignements peut être adressée en tout temps par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille à l'institution française dont relève le travailleur.*

**A. A remplir par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.**

1	(2) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier	<input type="checkbox"/> Chômeur
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
1.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe
1.3	Adresse (3):		

2	Employeur
2.1	Nom ou raison sociale:
2.2	Adresse (3):

3	Personne qui doit percevoir les allocations familiales dans le pays de résidence		
3.1	Nom	Prénoms	Sexe
3.2	Adresse (3):		

4	Demande de renseignements		
4.1	Attestation des périodes d'emploi (art. 87.1, du règl. 574/72)		
	Périodes du	au	
4.2	Autres renseignements relatifs au droit du travailleur à allocations (art. 87.7, du règl. 574/72)		

5 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (3): .....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature .....

**B. A remplir par l'institution française compétente.**

6 Renseignements demandés

6.1 (2)  Réponse au point 4.1: voir E 407 ci-joint.

6.2 (2)  Réponse au point 4.2: .....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature .....

7 Institution française compétente

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (3): .....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature .....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; D = Allemagne; I = Italie; L = Luxembourg; N = Pays-Bas.
- (<sup>2</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (<sup>3</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-

E 409

F

(1)

**CONTRÔLE DE LA DÉCLARATION D'ABSENCE DE DROITS À ALLOCATIONS  
FAMILIALES AU TITRE D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS LE PAYS  
DE RÉSIDENCE DE LA FAMILLE**

Règl. 1408/71: art. 73.2

Règl. 574/72: art. 87.1; art. 87.7, 3ème alinéa

*Cette demande de renseignements est utilisée par l'institution française compétente pour faire contrôler, s'il y a lieu, la déclaration du chef de famille attestant qu'aucun droit à allocations familiales n'est ouvert au titre d'une activité professionnelle dans le pays de résidence des membres de la famille. Une copie du formulaire E 406 doit y être jointe.*

**A. A remplir par l'institution française compétente en matière d'allocations familiales.**

1	( <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier	<input type="checkbox"/> Chômeur	
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe	Nationalité
1.3	Adresse en France ( <sup>3</sup> ):			
1.4	Référence: E 406 du			

2	Demande de renseignements			
2.1	(2) <input type="checkbox"/> Vérifier la déclaration figurant au point 3.7 du formulaire E 406 en ce qui concerne la personne désignée au n° .....			
2.2	(2) <input type="checkbox"/> Vérifier le formulaire E 406 du ..... en ce qui concerne .....			

3	Institution française			
3.1	Dénomination: .....			
3.2	Adresse ( <sup>3</sup> ): .....			
3.3	Cachet			
		3.4	Date: .....	
		3.5	Signature .....	

**B. A remplir par l'institution d'allocations familiales du lieu de résidence des membres de la famille.****4** Renseignements demandés

4.1 (2)  Un droit est ouvert  Aucun droit n'est ouvert  
au titre d'une activité professionnelle dans le pays de résidence des membres de la famille.

4.2 Dans l'affirmative, indiquer les membres de la famille pour lesquels un droit est ouvert.

.....  
.....

**5** Institution du lieu de résidence des membres de la famille

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (3): .....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

.....

**INSTRUCTIONS**

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

**NOTES**

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: F = France.
  - (<sup>2</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>3</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
-

**NOTIFICATION D'ANNULATION DU DROIT AUX ALLOCATIONS FAMILIALES**

Règl. 1408/71: art. 73.2; art. 74.2  
Règl. 574/72: art. 87.3 et 7; art. 98.2

L'institution française compétente pour les allocations familiales remplit le formulaire et l'envoie à l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.

**1** Institution d'allocations familiales destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

1.3 Référence: E 407 du .....

**2** (2)  Travailleur  Travailleur saisonnier  Chômeur

2.1 Nom Prénoms Nom de jeune fille

2.2 Lieu de naissance Date de naissance Sexe Nationalité

2.3 Adresse en France (3): .....

**3**

3.1 La personne désignée ci-dessus

3.2 (2)  n'a pas rempli la condition d'activité professionnelle requise pour bénéficier des allocations familiales

au cours du mois de ..... (art. 87.7 du règl. 574/72)

3.3 (2)  a interrompu son contrat de travail saisonnier

à partir du ..... (art. 87.3 du règl. 574/72)

3.4 (2)  a transféré sa résidence en (4) .....

à partir du ..... (art. 87.7 du règl. 574/72)

**4** Institution compétente française

4.1 Dénomination: .....

4.2 Adresse (2): .....

4.3 Cachet:

4.4 Date: .....

4.5 Signature

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 2 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: F = France.
  - (<sup>2</sup>) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
  - (<sup>3</sup>) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
  - (<sup>4</sup>) Indiquer le pays
-