

Journal officiel

de l'Union européenne

L 77

Édition
de langue française

Législation

49^e année
15 mars 2006

Sommaire

I Actes dont la publication est une condition de leur applicabilité

.....

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

2006/203/CE:

- ★ **Décision n° 202 du 17 mars 2005 concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 et E 127) ⁽¹⁾**

1

Prix: 18 EUR

⁽¹⁾ Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour l'accord UE-Suisse.

FR

Les actes dont les titres sont imprimés en caractères maigres sont des actes de gestion courante pris dans le cadre de la politique agricole et ayant généralement une durée de validité limitée.

Les actes dont les titres sont imprimés en caractères gras et précédés d'un astérisque sont tous les autres actes.

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° 202**

du 17 mars 2005

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 et E 127)

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour l'accord UE-Suisse)

(2006/203/CE)

LA COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS,

vu l'article 81, point a), du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ⁽¹⁾, aux termes duquel elle est chargée de traiter 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 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 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 ⁽²⁾, aux termes duquel elle est chargée d'établir les modèles de documents nécessaires à l'application des règlements,

vu la décision n° 153 du 7 octobre 1993 concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 001, E 103-E 127) ⁽³⁾,

vu la décision n° 164 du 27 novembre 1996 concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 101 et E 102) ⁽⁴⁾,

vu la décision n° 166 du 2 octobre 1997 concernant la modification à apporter aux formulaires E 106 et E 109 ⁽⁵⁾,

⁽¹⁾ JO L 149 du 5.7.1971, p. 2. Règlement modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 647/2005 du Parlement européen et du Conseil (JO L 117 du 4.5.2005, p. 1).

⁽²⁾ JO L 74 du 27.3.1972, p. 1. Règlement modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 647/2005.

⁽³⁾ JO L 244 du 19.9.1994, p. 22.

⁽⁴⁾ JO L 216 du 8.8.1997, p. 85.

⁽⁵⁾ JO L 195 du 11.7.1998, p. 25.

vu la décision n° 168 du 11 juin 1998 concernant la modification à apporter aux formulaires E 121 et E 127 et la suppression du formulaire E 122 ⁽¹⁾,

vu la décision n° 179 du 18 avril 2000 concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 111, E 111 B, E 113 à E 118 et E 125 à E 127) ⁽²⁾,

vu la décision n° 185 du 27 juin 2002 portant modification de la décision n° 153 du 7 octobre 1993 (formulaire E 108) ⁽³⁾,

vu la décision n° 186 du 27 juin 2002 concernant le modèle des formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 101) ⁽⁴⁾,

considérant ce qui suit:

- (1) L'élargissement de l'Union européenne réalisé le 1^{er} mai 2004 nécessite une modification des formulaires E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 et E 127.
- (2) L'accord sur l'Espace économique européen (accord EEE) du 2 mai 1992, complété par le protocole du 17 mars 1993, annexe VI, rend les règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 applicables dans l'Espace économique européen.
- (3) La Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, ont conclu un accord sur la libre circulation des personnes (accord UE-Suisse) qui est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. L'annexe II dudit accord se réfère aux règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72.
- (4) Il conviendrait, pour des raisons pratiques, que les formulaires utilisés dans l'Union européenne et ceux utilisés en vertu des accords EEE et UE-Suisse soient identiques,

DÉCIDE:

1. Le modèle du formulaire E 101 reproduit dans la décision n° 186 est remplacé par le modèle ci-joint.
2. Le modèle du formulaire E 102 reproduit dans la décision n° 164 est remplacé par le modèle ci-joint.
3. Le modèle du formulaire E 105 reproduit dans la décision n° 153 est supprimé. Les modèles des formulaires E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 et E 124 reproduits dans la décision n° 153 sont remplacés par les modèles de formulaires ci-joints.
4. Les modèles des formulaires E 106 et E 109 reproduits dans la décision n° 166 sont remplacés par les modèles ci-joints.
5. Le modèle du formulaire E 108 reproduit dans la décision n° 185 est remplacé par le modèle ci-joint.
6. Les modèles des formulaires E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 et E 127 reproduits dans la décision n° 179 sont remplacés par les modèles de formulaires ci-joints.

⁽¹⁾ JO L 195 du 11.7.1998, p. 37.

⁽²⁾ JO L 54 du 25.2.2002, p. 1.

⁽³⁾ JO L 55 du 1.3.2003, p. 74.

⁽⁴⁾ JO L 55 du 1.3.2003, p. 80.

7. Le modèle du formulaire E 121 reproduit dans la décision n° 168 est remplacé par le modèle ci-joint.
8. Le sigle de l'État auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire est indiqué de la manière suivante:
«BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.»
9. Les autorités compétentes des États membres mettent à la disposition des parties concernées les formulaires selon les modèles ci-joints. Ces formulaires sont disponibles dans les langues officielles de la Communauté et présentés de telle manière que les différentes versions soient parfaitement superposables pour permettre à chaque destinataire de recevoir le formulaire imprimé dans sa langue.
10. La présente décision, qui remplace les décisions n^{os} 153, 164, 166, 168, 179, 185 et 186, est publiée au *Journal officiel de l'Union européenne*. Elle est applicable à partir du premier jour du mois suivant celui de sa publication.

Le président de la commission administrative
Claude EWEN

- Demande de renseignements
- Communication de renseignements
- Demande de formulaires
- Rappel

concernant

- un travailleur salarié
- un travailleur non salarié
- un travailleur frontalier
- un titulaire de pension ou de rente
- un demandeur de pension ou de rente
- un demandeur d'emploi
- un ayant droit

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 84

L'institution expéditrice remplit la partie A et envoie deux exemplaires à l'institution destinataire. Celle-ci remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution expéditrice.

Le formulaire est utilisé en tant que complément à d'autres formulaires ou pour tout échange de renseignements qui ne sont pas prévus formellement dans le cadre des formulaires couramment utilisés, auxquels il ne se substitue en aucun cas.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.

Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

Partie A

1.	Institution destinataire
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:
2.	Renseignements concernant l'assuré(e) ⁽²⁾
2.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :
2.2	Prénom(s) ⁽⁴⁾ :
2.3	Nom(s) antérieur(s):
2.4	Sexe ⁽⁵⁾ :
3.	Nationalité ⁽⁶⁾ :
4.	Naissance
4.1	Date ⁽⁷⁾ :
4.2	Localité ⁽⁸⁾ :
4.3	Province ou département ⁽⁹⁾ :
4.4	Pays ⁽¹⁰⁾ :
5.	N° d'identification personnel ⁽¹¹⁾
5.1	auprès de l'institution expéditrice:
5.2	auprès de l'institution destinataire:
6.	Adresse:
7.	Renseignements concernant le dossier
7.1	Type de prestation:
7.2	Référence du dossier de l'institution expéditrice:
7.3	Référence du dossier de l'institution destinataire:

8. Ayant droit⁽¹²⁾

8.1 Nom(s) de famille⁽³⁾:

8.2 Prénom(s)⁽⁴⁾:

8.3 Nom(s) antérieur(s):

8.4 Lieu de naissance⁽⁸⁾: Date de naissance:

8.5 Sexe: Nationalité⁽⁶⁾:

8.6 N° d'identification personnel⁽¹¹⁾:
auprès de l'institution expéditrice:
auprès de l'institution destinataire:

8.7 Adresse:

9. Demande Rappel de la demande en date du:

Veillez nous envoyer pour la personne désignée au cadre 2 8

9.1 le(s) formulaire(s) suivant(s):

9.2 le(s) document(s) suivant(s):

9.3 le(s) renseignement(s) suivant(s):

9.4 Motif de la demande:

10. Changement de situation: les changements suivants sont intervenus

.....

.....

.....

.....

11. Divers

.....

.....

.....

.....

12. Institution qui remplit la partie A

12.1 Dénomination:

12.2 N° d'identification de l'institution:

12.3 Adresse:

12.4 Cachet 12.5 Date:

.....

12.6 Signature:

.....

Partie B

13.

Comme suite à votre demande du , nous vous transmettons ci-joint:

13.1 le(s) formulaire(s) suivant(s):

13.2 le(s) document(s) suivant(s):

13.3 le(s) renseignement(s) suivant(s):

14.

Comme suite à votre demande du:,

nous vous communiquons qu'il est impossible de vous transmettre:

14.1 le(s) formulaire(s) suivant(s):

14.2 le(s) document(s) suivant(s):

14.3 le(s) renseignement(s) suivant(s):

14.4 Motifs:

15.

Divers

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

16.

Comme suite à votre transmission du ,
nous accusons réception des informations contenues dans le cadre 10

17.

Institution qui remplit la partie B

17.1 Dénomination:

17.2 N° d'identification de l'institution:

17.3 Adresse:

17.4 Cachet

17.5 Date:

17.6 Signature:

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Les rubriques 2.1 à 2.4 concernant l'identification sont à remplir en tant que de besoin.
- (³) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁵) Indiquer «M» pour masculin ou «F» pour féminin.
- (⁶) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE, dans les deux cas, si ce numéro existe, même si la carte est périmée. À défaut, indiquer «néant».
- (⁷) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple, le 1^{er} août 1921 = 01.08.1921).
- (⁸) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple: Paris 14). Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (⁹) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité espagnole, française ou italienne; cette rubrique comporte selon les pays l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, «59». L'information portée sera donc: «Nord 59»). Pour les personnes nées en Espagne, indiquer seulement la province.
- (¹⁰) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon la note (1).
- (¹¹) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.
Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.
Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.
- (¹²) À remplir, s'il y a lieu.
-

ATTESTATION CONCERNANT LA LÉGISLATION APPLICABLE

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 13.2 d; article 14.1 a; article 14.2 a; article 14.2 b; article 14 bis 1 a), 2 et 4; article 14 ter 1, 2 et 4;
article 14 quater a; article 14 sexies; article 17

Règlement (CEE) n° 574/72: article 11.1; article 11 bis 1; article 12 bis 2 a, 5 c et 7 a; article 12 ter

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

1.	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié
1.1	Nom(s) de famille ⁽²⁾ :	
1.2	Prénom(s) ⁽³⁾ :	
1.3	Nom(s) antérieur(s):	
1.4	Date de naissance:	Nationalité:
1.5	Adresse habituelle	
	Rue:	N°: Boîte:
	Localité:	Code postal: Pays:
1.6	N° d'identification personnel ⁽⁴⁾ :	

2.	<input type="checkbox"/> Employeur	<input type="checkbox"/> Activité non salariée
2.1	Nom ou raison sociale:	
2.2	N° d'identification ⁽⁵⁾ :	
2.3	L'employeur est une agence de recrutement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2.4	Adresse habituelle	
	Téléphone:	Télécopieur: Courriel:
	Rue:	N°: Boîte:
	Localité:	Code postal: Pays:

3.	L'assuré désigné ci-dessus	
3.1	<input type="checkbox"/> a été employé par l'employeur mentionné ci-dessus depuis le	
	<input type="checkbox"/> exerce une activité non salariée depuis le	
	à/au/en	
3.2	<input type="checkbox"/> est détaché ou exercera une activité non salariée pendant une période allant probablement	
	du au	
3.3	<input type="checkbox"/> dans l'/les entreprise(s) ci-après	<input type="checkbox"/> sur le navire ci-après
3.4	Nom(s) ou raison(s) sociale(s) de l'entreprise ou du navire:	
3.5	Adresse(s)	
	Rue:	N°: Boîte:
	Localité:	Code postal: Pays:
	Rue:	N°: Boîte:
	Localité:	Code postal: Pays:
3.6	N° d'identification ⁽⁵⁾ :	

4. Qui verse le salaire et les cotisations de sécurité sociale du travailleur détaché?

4.1 L'employeur désigné au point 2

4.2 L'entreprise désignée au point 3.4

4.3 Autre dans ce cas, indiquer le nom

..... et

Adresse

Rue: N°: Boîte:

Localité: Code postal: Pays:

5. L'assuré reste soumis à la législation du pays: (1)

5.1 conformément aux dispositions de l'article:

13.2.d

14.1.a

14.2.a

14.2.b

14 bis 1 a

14 bis 2

14 bis 4

14 ter 1

14 ter 2

14 ter 4

14 quater a

14 sexies

17

du règlement (CEE) n° 1408/71

5.2 du au

5.3 pour la durée de l'activité (voir lettre de l'autorité compétente ou de l'organisme désigné dans le pays d'emploi qui autorise l'assuré à rester soumis à la législation de l'État d'origine, du détachement en date

du réf.)

6. Institution compétente dont la législation est applicable

6.1 Dénomination:

6.2 N° d'identification de l'institution:

6.3 Adresse:

Téléphone: Télécopieur: Courriel:

Rue: N°: Boîte:

Localité: Code postal: Pays:

6.4 Cachet

6.5 Date:

.....

6.6 Signature:

.....

INSTRUCTIONS

L'institution désignée de l'État membre à la législation duquel est soumis le travailleur remplit le formulaire, à la demande du travailleur ou de son employeur, et le remet au demandeur. Si le travailleur est détaché en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en Autriche, en Finlande, en Suède ou en Islande, elle adresse également un exemplaire du formulaire: en Belgique, à l'Office national de sécurité sociale, à Bruxelles, s'il s'agit de travailleurs salariés, à l'Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants, à Bruxelles, s'il s'agit de travailleurs non salariés, à la Caisse de secours et de prévoyance des marins, à Anvers, s'il s'agit de gens de mer, ou au Service des relations internationales du Service public fédéral Sécurité sociale, s'il s'agit d'un fonctionnaire; au Danemark, à «Den Sociale Sikringsstyrelse» (Office national de sécurité sociale); en Allemagne, à la «Deutsche Rentenversicherung-Bund» (Fédération allemande des assurances pension), à 97041 Würzburg; en France, au Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss), à Paris; aux Pays-Bas, à la Sociale Verzekeringsbank (Banque d'assurances sociales), à Amstelveen; en Autriche, à l'Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungssträger (Union des organismes de sécurité sociale autrichiens); en Finlande, à l'Eläketurvakeskus (Centre national des retraites), à Helsinki; en Suède, au Riksförsäkringsverket (Conseil national des assurances sociales), à Stockholm; en Islande, au Tryggingastofnun ríkisins (Institut national de sécurité sociale), à Reykjavik.

Indications pour l'assuré

Avant votre départ pour aller travailler dans un État membre autre que celui dans lequel vous êtes assuré, munissez-vous du document vous permettant d'obtenir les prestations en nature nécessaires (par exemple: soins médicaux, médicaments, hospitalisation, etc.) dans le pays où vous travaillez. Si vous allez résider dans le pays où vous allez travailler, faites-vous délivrer un formulaire E 106 par votre institution d'assurance maladie et présentez-le le plus vite possible à l'institution d'assurance maladie compétente du lieu où vous allez travailler. Si vous séjournez temporairement dans le pays où vous allez travailler, munissez-vous de la carte européenne d'assurance maladie délivrée par votre institution d'assurance maladie (ou du formulaire E 111 si votre institution d'assurance maladie ne délivre par encore de carte européenne d'assurance maladie compte tenu de la période transitoire dont elle dispose). Cette carte (ou le formulaire E 111) devra être présenté(e) au prestataire de soins lorsque des prestations en nature s'avèrent nécessaires au cours de votre séjour.

Indications pour les employeurs

L'État membre qui reçoit une demande d'application des articles susmentionnés 14.1, 14 *ter* 1 ou 17 du règlement (CEE) n° 1408/71 doit informer l'employeur et le travailleur concernés des conditions dans lesquelles le travailleur détaché pourra continuer à être soumis à sa législation.

L'employeur doit être informé que des contrôles pourront être effectués pendant la période de détachement afin de vérifier que celle-ci n'est pas terminée. Ces contrôles pourront porter, en particulier, sur le versement des cotisations et le maintien de la relation directe. En outre, l'employeur du travailleur détaché doit informer l'institution compétente de l'État d'origine du détachement de tout changement intervenu au cours de la période de détachement, notamment:

- si le détachement demandé n'a pas eu lieu ou si la prolongation demandée du détachement n'a pas eu lieu,
- si le détachement a été interrompu, à moins que cette interruption des activités du travailleur pour le compte de l'entreprise dans le pays d'emploi ne soit de caractère purement temporaire,
- si le travailleur détaché a été affecté par son employeur auprès d'une autre entreprise dans l'État d'emploi.

Dans les deux premiers cas, il/elle doit renvoyer le présent formulaire à l'institution compétente de l'État d'origine du détachement.

Indications pour l'institution du lieu de séjour

Lorsque l'intéressé produit le document approprié (carte européenne d'assurance maladie, formulaire E 111 ou E 106), l'institution d'assurance du pays de séjour lui accorde également, à titre provisoire, les prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Dans ce cas, si ladite institution a besoin de l'attestation du formulaire E 123, elle s'adresse le plus tôt possible:

- en **Belgique**, pour les travailleurs salariés, en cas de maladie professionnelle, au Fonds des maladies professionnelles, à Bruxelles, et, en cas d'accident du travail, à la compagnie d'assurances indiquée par l'employeur;
- en **République tchèque**, à la caisse d'assurance maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée;
- au **Danemark**, à l'«Arbejdsskadestyrelsen» (Conseil national pour les accidents du travail), à Copenhague;
- en **Allemagne**, à la «Berufsgenossenschaft» (Institution d'assurance contre les accidents) compétente;
- en **Estonie**, au «Sotsiaalkindlustusamet» (Office de la sécurité sociale), à Tallinn;
- en **Espagne**, à la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social» (Direction provinciale de l'institution nationale de sécurité sociale);
- en **Irlande**, au «Department of Health, Planning Unit» (ministère de la santé, unité planification), à Dublin 2;
- en **Italie**, au siège provincial compétent de l'«Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (Institut national d'assurance contre les accidents du travail);
- en **Lettonie**, au «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Institution nationale d'assurance sociale), à Riga;
- en **Lituanie**, à la «Teritorinė ligonių kasa» (Caisse régionale de maladie);
- au **Luxembourg**, à l'Association d'assurance contre les accidents;
- à **Malte**, à la «Divizjoni tas-Sahha», Triq il-Merkanti, La Valette CMR 01;
- aux **Pays-Bas**, à l'institution d'assurance maladie compétente;
- en **Autriche**, à l'institution d'assurance accidents compétente;
- en **Pologne**, au bureau local du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds national de la santé);
- au **Portugal**, au «Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais» (Centre national pour la protection contre les risques professionnels), à Lisbonne;
- en **Slovaquie**, au «Sociálna poisťovňa» (bureau d'assurance sociale), à Bratislava;
- en **Finlande**, au «Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto» (Fédération des institutions d'assurance contre les accidents), Bulevardi 28, 00120 Helsinki;
- en **Suède**, au «Försäkringskassan» (Office local des assurances sociales);
- dans **tous les autres États membres**, à l'institution d'assurance maladie compétente;
- en **Islande**, au «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut national de la sécurité sociale), à Reykjavik;
- au **Liechtenstein**, à l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;
- en **Norvège**, au «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Office national des assurances sociales à l'étranger), à Oslo;

en **Suisse**, pour les travailleurs salariés, à l'assureur accidents de l'employeur; pour les travailleurs indépendants, à l'assureur accidents de la personne concernée.

Lorsque le travailleur relève du régime français de sécurité sociale, la caisse compétente pour reconnaître le droit aux prestations est sa caisse d'affiliation, qui peut ne pas être celle figurant sur le formulaire E 101. Le cas échéant, la carte européenne d'assurance maladie ou le formulaire E 123 devra être demandé(e) à la caisse du lieu de résidence habituelle du travailleur.

Lorsqu'un travailleur non salarié relève d'un régime finlandais ou islandais de sécurité sociale, il est toujours nécessaire d'exiger un formulaire E 123.

Lorsqu'un travailleur qui relève d'un régime islandais de sécurité sociale subit un accident du travail ou est atteint par une maladie professionnelle, l'employeur doit toujours en informer l'institution compétente.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (³) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Pour les travailleurs soumis à la législation espagnole, indiquer le numéro de sécurité sociale. Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais. Pour les travailleurs soumis à la législation polonaise, indiquer les numéros PESEL et NIP ou, à défaut, la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport. Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.
- (⁵) Veuillez indiquer le maximum d'informations permettant d'identifier l'employeur ou l'entreprise du travailleur non salarié.
- Dans le cas d'un navire, indiquer son nom et son numéro d'enregistrement.
- Pour la **Belgique**, indiquer, pour les travailleurs salariés, le numéro d'entreprise et, pour les travailleurs non salariés, le numéro de TVA.
- Pour la **République tchèque**, indiquer le numéro d'identification (IČ).
- Pour le **Danemark**, indiquer le numéro de TVA.
- Pour l'**Allemagne**, indiquer le «Betriebsnummer des Arbeitgebers».
- Pour l'**Espagne**, indiquer le «Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC» (code de compte de cotisation de l'employeur).
- Pour la **France**, indiquer le numéro SIRET.
- Pour l'**Italie**, indiquer si possible le numéro de matricule de l'entreprise.
- Pour le **Luxembourg**, indiquer le matricule employeur de la sécurité sociale et, pour les travailleurs non salariés, le numéro de sécurité sociale (CCSS).
- Pour la **Hongrie**, indiquer le numéro d'enregistrement à la sécurité sociale de l'employeur ou, pour les travailleurs non salariés, le numéro d'identification d'entreprise privée.
- Pour la **Pologne**, indiquer le numéro NUSP, lorsqu'il y en a un, ou les numéros NIP et REGON.
- Pour la **Slovaquie**, indiquer le numéro d'identification (IČO).
- Pour la **Slovénie**, indiquer le numéro de matricule de l'employeur ou du travailleur non salarié.
- Pour les travailleurs soumis à la législation **finlandaise** en matière d'accidents du travail, veuillez indiquer le nom de l'institution d'assurance accidents compétente.
- Pour la **Norvège**, indiquer le numéro de l'organisation.

PROLONGATION DE DÉTACHEMENT OU D'ACTIVITÉS NON SALARIÉES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 14.1 b; article 14 bis 1 b; article 14 ter 1 et 2
Règlement (CEE) n° 574/72: article 11.2 et 11 bis 2

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

A. À remplir par l'employeur ou le travailleur non salarié

1. Institution destinataire⁽²⁾

1.1 Dénomination:

1.2 N° d'identification de l'institution:

1.3 Adresse:

Téléphone: Télécopieur:

Rue: N°: Boîte:

Localité: Code postal: Pays:

2. Travailleur salarié Travailleur non salarié

2.1 Nom(s) de famille⁽³⁾:

2.2 Prénom(s)⁽⁴⁾:

2.3 Nom(s) antérieur(s):

2.4 Date de naissance: Nationalité:

2.5 Adresse habituelle:

Rue: N°: Boîte:

Localité: Code postal: Pays:

2.6 N° d'identification personnel⁽⁵⁾:

3. L'assuré désigné ci-dessus

a été détaché

exerce une activité non salariée conformément aux dispositions de l'article:

3.1 14.1 a 14 bis 1 a 14 ter 1 14 ter 2 du règlement (CEE) n° 1408/71

3.2 pour la période du au

3.3 dans l'/les entreprise(s) ci-après sur le navire ci-après

3.4 Nom ou raison sociale de l'entreprise ou du navire

3.5 Adresse:

Téléphone: Télécopieur:

Rue: N°: Boîte:

Localité: Code postal: Pays:

3.6 N° d'identification⁽⁶⁾:

4. L'assuré était porteur d'une attestation concernant la législation applicable (formulaire E 101)

4.1 délivrée par l'institution suivante:

Dénomination:
Rue: N°: Boîte:
Localité: Code postal: Pays:

4.2 le et venant à l'expiration le

5. Nous demandons la continuation de l'assujettissement de l'assuré à la législation du pays⁽¹⁾

5.1 pour la période du au⁽⁷⁾

6. Employeur Activité non salariée

6.1 Nom ou raison sociale:

6.2 N° d'identification⁽⁶⁾

6.3 Adresse:
Téléphone: Télécopieur:
Rue: N°: Boîte:
Localité: Code postal: Pays:

6.4 Cachet 6.5 Date:

6.6 Signature:

B. À remplir par l'autorité compétente ou l'organisme désigné du pays d'emploi⁽⁸⁾

7. Nous déclarons:

7.1 être d'accord ne pas être d'accord

pour que l'assuré cité au cadre 2 continue à être soumis à la législation de sécurité sociale du pays

⁽¹⁾

7.2 pendant la période du au

8. Autorité compétente ou organisme désigné du pays d'emploi

8.1 Dénomination:

8.2 N° d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:
Téléphone: Télécopieur:
Rue: N°: Boîte:
Localité: Code postal: Pays:

8.4 Cachet 8.5 Date:

8.6 Signature:

INSTRUCTIONS

Indications pour l'employeur ou le travailleur non salarié

- a) L'employeur ou le travailleur non salarié 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 ou exerce une activité non salariée, c'est-à-dire:

en **Belgique**, pour les travailleurs salariés, l'Office national de sécurité sociale, à Bruxelles; pour les travailleurs non salariés, l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants, à Bruxelles; pour les gens de mer, la Caisse de secours et de prévoyance des marins, à Anvers;

en **République tchèque**, la «Česká správa sociálního zabezpečení» (administration tchèque de sécurité sociale), à Prague;

au **Danemark**, «Den Sociale Sikringsstyrelse» (Office national de sécurité sociale), à Copenhague;

en **Allemagne**, la «Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland» (organisme de liaison assurance maladie – pays étrangers), à Bonn;

en **Estonie**, le «Sotsiaalkindlustusamet» (Office de la sécurité sociale) à Tallinn;

en **Grèce**, l'office régional ou local de l'institut des assurances sociales (IKA-ETAM), pour les travailleurs salariés; la caisse de retraite des marins (NAT), pour les gens de mer; l'institution désignée pour chaque catégorie professionnelle à l'annexe 10 – F. Grèce, règlement (CEE) n° 574/72, pour les travailleurs non salariés;

en **Espagne**, la «Tesoreria General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales» (Trésorerie centrale de la sécurité sociale – ministère du travail et des affaires sociales), à Madrid;

en **France**, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss) et, pour les travailleurs salariés agricoles, la Direction régionale de l'agriculture et de la forêt – Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale;

en **Irlande**, le «Department of Social Welfare, PRSI Special Collection Section» (ministère de la prévoyance sociale, section spéciale de collecte PRSI), à Dublin 2;

en **Italie**, le «Ministerio del Lavoro e delle Politiche Sociali» (ministère du travail et des politiques sociales), à Rome;

en **Lettonie**, le «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Institution nationale d'assurance sociale);

en **Lituanie**, le «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba» (Institution nationale d'assurance sociale);

au **Luxembourg**, le Centre commun de la sécurité sociale, à Luxembourg;

en **Hongrie**, l'«Országos Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse nationale d'assurance maladie), à Budapest;

à **Malte**, le «Dipartiment tas-Sigurta' Sociali», 38, Triq l-Ordinanza, La Valette, CMR 01;

aux **Pays-Bas**, la «Sociale Verzekeringsbank» (Banque d'assurances sociales), à Amstelveen;

en **Autriche**, le «Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz» (ministère fédéral de la sécurité sociale, des questions propres aux différentes générations et de la protection des consommateurs), à Vienne;

en **Pologne**, le Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Institut d'assurance sociale – ZUS), à Varsovie;

au **Portugal**, pour le continent : le «Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social» (Département des relations internationales et de la sécurité sociale), à Lisbonne; pour Madère : le «Secretario Regional dos Assuntos Sociais» (secrétaire régional des affaires sociales), à Funchal; pour les Açores : la «Direcção Regional de Segurança Social» (Direction régionale de la sécurité sociale), à Angra do Heroísmo;

en **Slovénie**, le «Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve» (ministère de l'emploi, de la famille et des affaires sociales), à Ljubljana;

en **Slovaquie**, le «Sociálna poisťovňa» (bureau d'assurance sociale), à Bratislava;

en **Finlande**, l'«Eläketurvakeskus» (Institut central d'assurance pension), à Helsinki;

en **Suède**, le «Riksförsäkringsverket» (Conseil national des assurances sociales), à Stockholm;

au **Royaume-Uni**, l'«Inland Revenue, Center for Non residents» (Bureau d'impôt, centre pour les non-résidents), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;

en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut national de la sécurité sociale), à Reykjavik;

au **Liechtenstein**, l'«Amt für Volkswirtschaft» (l'Office d'économie national), à Vaduz;

en **Norvège**, le «Folketrygdkontoret for utenlandssaker» (Office national des assurances sociales à l'étranger), à Oslo;

en **Suisse**, la caisse de compensation AVS qui serait compétente pour le travailleur salarié ou indépendant si la législation suisse était applicable.

- b) Deux exemplaires du formulaire, remplis à la partie B, seront envoyés à l'employeur ou au travailleur non salarié. L'employeur en remettra un exemplaire au travailleur salarié.
- c) L'État membre qui reçoit une demande d'application des articles susmentionnés 14.1 ou 14 *ter* 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 doit informer l'employeur et le travailleur concernés des conditions dans lesquelles le travailleur détaché pourra continuer à être soumis à sa législation.

L'employeur doit être informé que des contrôles pourront être effectués pendant la période de détachement afin de vérifier que celle-ci n'est pas terminée. Ces contrôles pourront porter, en particulier, sur le versement des cotisations et le maintien de la relation directe.

En outre, l'employeur du travailleur détaché doit informer l'institution compétente de l'État d'origine du détachement de tout changement intervenu au cours de la période de détachement, notamment:

- si le détachement demandé n'a pas eu lieu ou si la prolongation demandée du détachement n'a pas eu lieu,
- si le détachement a été interrompu, à moins que cette interruption des activités du travailleur pour le compte de l'entreprise dans le pays d'emploi ne soit de caractère purement temporaire,
- si le travailleur détaché a été affecté par son employeur auprès d'une autre entreprise dans l'État d'emploi.

Dans les deux premiers cas, il/elle doit renvoyer le présent formulaire à l'institution compétente de l'État d'origine du détachement.

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Voir les indications données au point a) au titre «**Indications pour l'employeur ou le travailleur non salarié**».
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (5) Pour les travailleurs soumis à la législation **belge**, indiquer le numéro d'identification de sécurité sociale du travailleur (NISS).
 Pour les travailleurs soumis à la législation **tchèque**, indiquer le numéro de naissance tchèque.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **danoise**, indiquer le numéro CPR.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **espagnole**, indiquer le numéro de sécurité sociale.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **italienne**, indiquer le numéro de code fiscal italien.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **lituanienne**, indiquer le numéro matricule national et le numéro de certificat de sécurité sociale nationale.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **luxembourgeoise**, indiquer le numéro de sécurité sociale du travailleur (CCSS).
 Pour les travailleurs soumis à la législation **maltaise**, indiquer le numéro de sécurité sociale maltais.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **néerlandaise**, indiquer le numéro SOFI.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **polonaise**, indiquer les numéros PESEL et NIP ou, à défaut, la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **slovène**, indiquer le numéro ZZSZ.
 Pour les travailleurs soumis à la législation **slovaque**, indiquer le numéro de naissance slovaque.
- (6) Veuillez indiquer le plus d'informations possibles permettant d'identifier l'employeur ou l'entreprise du travailleur non salarié.
 Dans le cas d'un navire, indiquer son nom et son numéro d'enregistrement.
 Pour la **Belgique**, indiquer, pour les travailleurs salariés, le numéro d'entreprise et, pour les travailleurs non salariés, le numéro de TVA.
 Pour la **République tchèque**, indiquer le numéro d'identification (IČ).
 Pour le **Danemark**, indiquer le numéro de TVA.
 Pour l'**Allemagne**, indiquer le «Betriebsnummer des Arbeitgebers».
 Pour l'**Espagne**, indiquer le «Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC» (code de compte de cotisation de l'employeur).
 Pour la **France**, indiquer le numéro SIRET.
 Pour le **Luxembourg**, indiquer le matricule employeur de la sécurité sociale et, pour les travailleurs non salariés, le numéro de sécurité sociale (CCSS).
 Pour la **Hongrie**, indiquer le numéro d'enregistrement à la sécurité sociale de l'employeur et, pour les travailleurs non salariés, le numéro d'identification d'entreprise privée.
 Pour **Malte**, pour les Maltais, indiquer le numéro de carte d'identité; pour les non Maltais, indiquer le numéro de sécurité sociale maltais.
 Pour la **Pologne**, indiquer le numéro NUSP, lorsqu'il y en a un, ou les numéros NIP et REGON au point 3.6 et les numéros PESEL et NIP ou, à défaut, la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport au point 6.2.
 Pour la **Slovénie**, indiquer le numéro matricule de l'employeur ou du travailleur non salarié.
 Pour la **Slovaquie**, indiquer le numéro d'identification de la société (IČO).
 Pour les travailleurs soumis à la législation **finlandaise** en matière d'accidents du travail, veuillez indiquer le nom de l'institution d'assurance accidents compétente.
 Pour la **Norvège**, indiquer le numéro de l'organisation.
- (7) Cette période ne peut pas être supérieure à vingt-quatre mois à compter de la date de commencement du détachement ou de l'activité non salariée.
- (8) Deux exemplaires doivent être restitués au demandeur, et un exemplaire doit être envoyé à l'institution désignée dans le pays dans lequel l'entreprise a son siège.

EXERCICE DU DROIT D'OPTION

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 16.2 et 3
Règlement (CEE) n° 574/72: article 13.2 et 3; article 14.1 et 2

Après avoir rempli la partie A du formulaire conformément aux points a) et b) des instructions, l'assuré 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 à l'intéressé.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en trois exemplaires), en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

A. Option

1.	Le soussigné
1.1	Nom(s) de famille (2):
1.2	Prénom(s) (3):
1.3	Nom(s) antérieur(s):
1.4	Date de naissance:
1.5	Nationalité:
1.6	N° d'identification personnel (4):

2. occupé depuis le:

2.1 (4) comme: auprès de la mission diplomatique ou du poste consulaire ci-après:

2.2 (4) comme: au service personnel de l'employeur suivant (5): agent de la mission diplomatique ou du poste consulaire ci-après:

2.3 comme agent auxiliaire des Communautés européennes

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

3.1 (6) de l'État dont il est ressortissant

3.2 (6) de l'État à la législation duquel il a été soumis en dernier lieu, à savoir la législation

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> belge | <input type="checkbox"/> tchèque | <input type="checkbox"/> danoise | <input type="checkbox"/> allemande | <input type="checkbox"/> estonienne |
| <input type="checkbox"/> grecque | <input type="checkbox"/> espagnole | <input type="checkbox"/> française | <input type="checkbox"/> irlandaise | <input type="checkbox"/> italienne |
| <input type="checkbox"/> chypriote | <input type="checkbox"/> lettone | <input type="checkbox"/> lituanienne | <input type="checkbox"/> luxembourgeoise | <input type="checkbox"/> hongroise |
| <input type="checkbox"/> maltaise | <input type="checkbox"/> néerlandaise | <input type="checkbox"/> autrichienne | <input type="checkbox"/> polonaise | <input type="checkbox"/> slovène |
| <input type="checkbox"/> portugaise | <input type="checkbox"/> slovaque | <input type="checkbox"/> finlandaise | <input type="checkbox"/> suédoise | <input type="checkbox"/> britannique |
| <input type="checkbox"/> islandaise | <input type="checkbox"/> liechtensteinoise | <input type="checkbox"/> norvégienne | <input type="checkbox"/> suisse | |

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:
6.3	Cachet
6.4	Date:
6.5	Signature:

B. Attestation

7. Nous prenons acte de ce que la personne mentionnée au cadre 1 est assujettie à la législation (6)

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> belge | <input type="checkbox"/> tchèque | <input type="checkbox"/> danoise | <input type="checkbox"/> allemande | <input type="checkbox"/> estonienne |
| <input type="checkbox"/> grecque | <input type="checkbox"/> espagnole | <input type="checkbox"/> française | <input type="checkbox"/> irlandaise | <input type="checkbox"/> italienne |
| <input type="checkbox"/> chypriote | <input type="checkbox"/> lettone | <input type="checkbox"/> lituanienne | <input type="checkbox"/> luxembourgeoise | <input type="checkbox"/> hongroise |
| <input type="checkbox"/> maltaise | <input type="checkbox"/> néerlandaise | <input type="checkbox"/> autrichienne | <input type="checkbox"/> polonaise | <input type="checkbox"/> portugaisel |
| <input type="checkbox"/> slovène | <input type="checkbox"/> slovaque | <input type="checkbox"/> finlandaise | <input type="checkbox"/> suédoise | <input type="checkbox"/> britannique |
| <input type="checkbox"/> islandaise | <input type="checkbox"/> liechtensteinoise | <input type="checkbox"/> norvégienne | <input type="checkbox"/> suisse | |

7.1 à partir du

7.2 pour la période durant laquelle elle occupera l'emploi indiqué à la partie A(7)

8. Institution désignée par l'autorité compétente

8.1 Dénomination:

8.2 N° d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:

.....

8.4 Cachet

8.5 Date:

8.6 Signature:

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 pour la législation duquel vous avez opté, à savoir:
- en **Belgique**, l'Office national de sécurité sociale, à Bruxelles;
 - en **République tchèque**, la «Česká správa sociálního zabezpečení» (administration de sécurité sociale tchèque), à Prague;
 - au **Danemark**, la «Sociale Sikringsstyrelse» (Direction nationale de sécurité sociale), à Copenhague;
 - en **Allemagne**, l'office Bonn de la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) choisie par l'intéressé;
 - en **Estonie**, le «Sotsiaalkindlustusamet» (Comité d'assurance social), à Tallinn;
 - en **Grèce**, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA);
 - en **Espagne**, la «Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social» (Trésorerie centrale de la sécurité sociale – ministère du travail et de la sécurité sociale), à Madrid;
 - en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris;
 - en **Irlande**, le «Department of Social Welfare» (ministère de la prévoyance sociale), à Dublin;
 - en **Italie**, le siège local compétent de l'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (Institut national de la prévoyance sociale) (INPS);
 - à **Chypre**, le «Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Département des assurances sociales, ministère du travail, à 1465 Nicosie);
 - en **Lettonie**, le «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (l'Agence nationale de sécurité sociale);
 - en **Lituanie**, le «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba», (le Conseil du fonds national de sécurité sociale), à Vilnius;
 - au **Luxembourg**, le Centre commun de la sécurité sociale, à Luxembourg;
 - en **Hongrie**, la «Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance maladie de Pest et de la capitale), à Budapest;
 - à **Malte**, le «Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali»; à La Valette;
 - aux **Pays-Bas**, la «Sociale Verzekeringsbank» (Banque des assurances sociales), à Amstelveen;
 - en **Autriche**, l'institution compétente pour l'assurance maladie;
 - en **Pologne**, le «Zakład Ubezpieczeń Społecznych» (institution de sécurité sociale – ZUS), à Varsovie;
 - au **Portugal**, le «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Département des relations internationales et conventions de sécurité sociale), à Lisbonne;
 - en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS), (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;
 - en **Slovaquie**, le «Sociálna poisťovňa» (Bureau d'assurance sociale), à Bratislava;
 - en **Finlande**, l'«Eläketurvakeskus» (Institut central d'assurance pensions), à Helsinki;
 - en **Suède**, le «Riksförsäkringsverket» (Conseil national des assurances sociales), à Stockholm;
 - au **Royaume-Uni**, l'«Inland Revenue, Center for Non residents» (bureau d'impôt, centre pour les non-résidents) Benton Park View, à Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;
 - en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut national de la sécurité sociale), à Reykjavik;

au **Liechtenstein**, l'«*Amt für Volkswirtschaft*» (l'Office d'économie national), à Vaduz;
 en **Norvège**, le «*Folketrygdkontoret for utenlandssaker*» (Office national des assurances sociales à l'étranger), à Oslo;
 en **Suisse**, la «*Caisse fédérale de compensation*», à Berne.

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 auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (³) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Pour les travailleurs soumis à la législation belge, indiquer le numéro d'identification du registre national.
 Pour les travailleurs soumis à la législation espagnole, indiquer le numéro de sécurité sociale.
 Pour les travailleurs soumis à la législation maltaise, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.
 Pour les travailleurs soumis à la législation slovaque, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.
 Pour les travailleurs soumis à la législation polonaise, indiquer les numéros PESEL et NIP ou, à défaut, la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport.
- (⁵) Indiquer les noms et prénoms de l'employeur.
- (⁶) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée. On notera que les travailleurs au service de missions diplomatiques ou de postes consulaires ainsi que ceux qui sont au service personnel d'un agent de ces missions ou postes ne peuvent opter que pour la législation de sécurité sociale de l'État dont ils sont ressortissants.
- (⁷) Les travailleurs au service de missions diplomatiques ou de postes consulaires ainsi que ceux qui sont au service personnel d'un agent de ces missions ou postes peuvent exercer une nouvelle option à la fin de chaque année civile.

ATTESTATION CONCERNANT LA TOTALISATION DES PÉRIODES D'ASSURANCE, D'EMPLOI OU DE RÉSIDENCE

maladie – maternité – décès (allocation) – invalidité

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 9.2; article 18.1; article 38.1; article 64
Règlement (CEE) n° 574/72: article 6.2; article 16; article 39.1 et 2; article 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 de le délivrer remplit les parties A.2 et B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

Partie A

1. Institution destinataire

1.1 Dénomination:

1.2 N° d'identification de l'institution:

1.3 Adresse:

2. Assuré

2.1 Nom(s) de famille (2):

2.2 Prénom(s) (3): Date de naissance:

2.3 Nom(s) antérieur(s):

2.4 N° d'identification personnel:

2.5 À partir de la date indiquée au point 3.1, l'assuré a exercé une activité:
 salariée non salariée à/au/en (4)

2.6 Nom ou raison sociale du dernier employeur
 Dernière activité non salariée

Adresse:

2.7 Employeurs précédents: Activités non salariées précédentes:
[nom ou raison sociale et adresse]

3. En vue de donner suite à une demande introduite par l'assuré désigné ci-dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence qu'il a accomplies

3.1 à partir du

3.2 sous la législation de votre pays, pour le risque:

- maladie et maternité (5) décès (allocation) invalidité (6)

4. Institution compétente

4.1 Nom:

4.2 N° d'identification de l'institution:

4.3 Adresse:

4.4 Cachet

4.5 Date:

4.6 Signature:

Partie B

5. L'assuré indiqué au cadre 2

5.1 est assuré pour le risque de maladie-maternité depuis la date indiquée au point 3.1 (7)

5.2 a accompli depuis le

6. les périodes d'assurance ou d'emploi suivantes, pour les prestations suivantes: (5)

6.1 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.2 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.3 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.4 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.5 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.6 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.7 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.8 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.9 du au (8) pour (9) le risque de (10)

6.10 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7. les périodes de résidence suivantes:

7.1 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.2 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.3 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.4 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.5 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.6 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.7 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.8 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.9 du au (8) pour (9) le risque de (10)

7.10 du au (8) pour (9) le risque de (10)

8. Institution remplissant la partie B

8.1 Dénomination:

8.2 N° d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:

8.4 Cachet

8.5 Date:

8.6 Signature:

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient la première institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (3) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Indiquer le pays.
- (5) Uniquement si l'institution destinataire est une institution belge, française, grecque, suisse ou liechtensteinoise, indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant: N = prestations en nature, E = prestations en espèces.
- (6) Pour les besoins des institutions françaises et lettones.
- (7) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution belge.
- (8) Si l'attestation est destinée à une institution belge, tchèque, grecque, lettone, lituanienne, polonaise ou liechtensteinoise, indiquer s'il s'agit de périodes d'activité salariée ou non salariée en utilisant le code suivant: D = salariée; I = non salariée.
Si l'attestation est destinée à une institution allemande, lituanienne, luxembourgeoise ou polonaise, indiquer les périodes d'assurance dans la section 7 en utilisant le code suivant: P = assurance obligatoire; F = assurance volontaire.
- (9) Indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant:
A = maladie et maternité; B = décès (allocation); O = invalidité.
- (10) Si l'institution compétente est une institution chypriote, allemande, irlandaise, hongroise, autrichienne ou britannique, mettre une croix dans cette case pour autant que la période d'assurance ou de résidence corresponde à une période d'emploi effectif et préciser ci-après la nature de l'activité salariée ou non salariée.
-

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 salariés et non salariés et membres de leur famille résidant avec eux; membres de la famille
des travailleurs au chômage

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 a; article 19.2; article 25.3 i
Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.1 et 4; article 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 est 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

A. Notification du droit

1.	Institution du lieu de résidence ⁽²⁾
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:

1.4	Référence: votre formulaire E 107 du

2.	Assuré
2.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :
2.2	Prénom(s) ⁽⁴⁾ : Date de naissance:
2.3	Nom(s) antérieur(s):
2.4	Adresse dans le pays de résidence:

2.5	N° d'identification personnel:
2.6	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur salarié
2.7	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur non salarié
2.8	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (salarié)
2.9	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (non salarié)
2.10	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur en chômage

3.	Membre de la famille ⁽⁵⁾
3.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :
3.2	Prénom(s) ⁽⁴⁾ : Date de naissance:
3.3	Nom(s) antérieur(s):
3.4	Adresse dans le pays de résidence:

3.5	N° d'identification personnel:

- 4.1 L'assuré désigné ci-dessus et les membres de sa famille⁽⁶⁾ résidant avec lui
- 4.2 Les membres de la famille⁽⁶⁾ du travailleur au chômage désigné ci-dessus
5. ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité
à partir du

6. Les intéressés conservent ce droit

6.1 jusqu'à annulation de la présente attestation

6.2 pendant un an à compter de la date spécifiée au point 5⁽⁷⁾

6.3 jusqu'au inclus⁽⁸⁾

7. Institution compétente pour la maladie-maternité

7.1 Dénomination:

7.2 Numéro d'identification de l'institution:

7.3 Adresse:
.....
.....

7.4 Cachet 7.5 Date:
7.6 Signature:

B. Notification de l'inscription⁽⁹⁾

8.

8.1 L'assuré indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille

8.2 Les membres de la famille du travailleur au chômage indiqués au cadre 3

8.3 ont été inscrits chez nous le:

8.4 n'ont pas pu être inscrits chez nous parce que:

9.

9.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾	Prénom(s) ⁽⁴⁾	Nom(s) antérieur(s)	Date de naissance	Numéro d'identification personnel
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination:

10.2 N° d'identification de l'institution:

10.3 Adresse:
.....
.....

10.4 Cachet 10.5 Date:
10.6 Signature:

Indications pour l'assuré

- a) *Le présent formulaire vous donne droit, à vous-même et aux membres de votre famille, aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. Si vous êtes au chômage, le présent formulaire ne vous est pas destiné, mais s'adresse uniquement aux membres de votre famille qui résident dans un autre État membre que celui où vous êtes assuré.*
- b) *Les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible à l'institution d'assurance maladie-maternité de votre lieu de résidence. Si vous êtes au chômage, le formulaire doit être remis par les membres de votre famille à l'institution d'assurance maladie-maternité de leur lieu de résidence.*
- c) *Les institutions maladie-maternité en question sont:*
- en Belgique, la mutualité choisie;*
 - en République tchèque, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;*
 - au Danemark, l'autorité locale du lieu de résidence;*
 - en Allemagne, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;*
 - en Estonie, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);*
 - en Grèce, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;*
 - en Espagne, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de sécurité sociale) du lieu de résidence. Si vous avez besoin de prestations, vous pouvez vous adresser au service médical et hospitalier du système de santé couvert par les assurances sociales espagnoles. Joindre une photocopie au formulaire;*
 - en France, la Caisse primaire d'assurance maladie;*
 - en Irlande, le «Health Board» (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;*
 - en Italie, en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire; pour les marins et le personnel navigant de l'aviation civile, le «Ministero della sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea» (ministère de la santé – office de la santé de la marine ou de l'aviation);*
 - à Chypre, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie). Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées;*
 - en Lettonie, la «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);*
 - en Lituanie, le «Territorial Patient Fund» (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;*
 - au Luxembourg, la Caisse de maladie des ouvriers;*
 - en Hongrie, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance-maladie) compétente;*
 - à Malte, l'unité «Droits» (Entitlement Unit) du ministère de la santé, 23, John Street, La Valette;*
 - aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;*
 - en Autriche, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;*
 - en Pologne, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence;*
 - au Portugal, pour le continent: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour Madère: le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour les Açores: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;*
 - en Slovénie, le «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie);*
 - en Slovaquie, la «zdravotná poisťovňa» (Institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;*
 - en Finlande, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales);*
 - en Suède, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence;*
 - au Royaume-Uni, le «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Center» (ministère du travail et des pensions, service des pensions, Centre des pensions internationales), Tyneview Park à Newcastle-upon-Tyne, ou pour l'Irlande du Nord, «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (ministère du développement social, service des prestations d'outre-mer), Block 2, Castle Buildings, à Belfast, suivant le cas;*
 - en Islande, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;*
 - au Liechtenstein, l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;*
 - en Norvège, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence;*
 - en Suisse, l'«Institution commune LAMal – Istitutozione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG» à Solothurn.*
- 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-même ou les membres de votre famille devez 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 le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) À remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (5) À remplir uniquement si le formulaire concerne les membres de la famille du demandeur d'emploi; dans ce cas, donner les renseignements pour un seul membre de la famille afin de leur permettre d'être inscrits, les membres de la famille qui ont droit aux prestations étant déterminés par la législation du pays de résidence.
- (6) Les membres de la famille qui ont droit aux prestations sont déterminés par la législation du pays de résidence.
- (7) Au cas où le formulaire est établi par une institution allemande, française, italienne ou portugaise.
- (8) Au cas où le formulaire est établi par une institution grecque, hongroise ou britannique de travailleurs salariés ou non salariés.
- (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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 a; article 19.2; article 22.1 a i, b i et c i; article 22.3; article 25.1 a et 3 i; article 26.1; article 28.1 a; article 29.1 a; article 31 a; article 52 a; article 55.1 a i, b i et c i

Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.1; article 21.1; article 22.1 et 3; article 23; article 27, première phrase; article 28; article 29.1 et 2; article 30.1; article 31.1 et 3; article 60.1; article 62.3, 4 et 7; article 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 susmentionnés du règlement (CEE) n° 574/72. 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. Lorsque le pays compétent est la Belgique, le formulaire doit être adressé 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.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

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

1.	Institution destinataire
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:

2.	<input type="checkbox"/> Assuré
2.1	Nom(s) de famille (2):
2.2	Prénom(s) (3): Date de naissance:
2.3	Nom(s) antérieur(s):
2.4	Adresse:
2.5	N° d'identification personnel (4):
2.6	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Demandeur de la pension ou de la rente de <input type="checkbox"/> vieillesse <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> survie <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> maladie professionnelle
2.7	Institution débitrice de la pension ou de la rente:

3.	<input type="checkbox"/> Dernier employeur (5) <input type="checkbox"/> Dernière activité non salariée (5)
3.1	Nom:
3.2	Adresse:
3.3	Secteur d'activité (6):
3.4	Institution d'assurance contre les accidents du travail à laquelle l'employeur est affilié (7):

B. À remplir par l'institution compétente

10.

10.1 Veuillez trouver, ci-joint, le formulaire précité; prière de nous renvoyer un exemplaire rempli et signé ⁽¹¹⁾.

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

11.

Institution compétente

11.1 Dénomination:

11.2 N° d'identification de l'institution:

11.3 Adresse:
.....
.....

11.4 Cachet

11.5 Date:
.....

11.6 Signature:
.....

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (³) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.
Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.
Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.
Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE. Si la carte DNI ou la NIE est périmée, indiquer «néant».
- (⁵) À remplir uniquement si le formulaire concerne un travailleur salarié ou non salarié en activité ou un travailleur au chômage.
- (⁶) À remplir uniquement si le formulaire concerne un travailleur salarié qui est présumé avoir été victime d'un accident du travail.
- (⁷) Pour l'Espagne: la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) ou la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina» (Direction provinciale de l'institut social de la marine) pour le régime spécial des gens de mer.
- (⁸) À 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.
- (⁹) À remplir seulement si l'adresse des membres de la famille diffère de celle du chef de ménage.
- (¹⁰) À joindre seulement s'il y a lieu. Dans ce cas, mettre une croix dans la case correspondante.
- (¹¹) Pour les besoins des institutions néerlandaises et suisses, et si la nature du formulaire à renvoyer le permet.

**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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 a et 2; article 25.3 i; article 26.1; article 28.1 a; article 29.1 a
Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.2 et 3; article 27; article 28; article 29.5; article 30; article 94.4; article 95.4

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

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

A. Notification

1.	Institution destinataire
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:

2.	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur frontalier (salarié)
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur frontalier (non salarié)
	<input type="checkbox"/> Travailleur au chômage	
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (salarié)	
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (non salarié)	
	<input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente	
	2.1	Noms ⁽²⁾ de famille:
2.2	Prénoms ⁽³⁾ :	Date de naissance:
2.3	Nom(s) antérieur(s):	
2.4	Adresse dans le pays de résidence:	
	
2.5	N° d'identification personnel ⁽⁴⁾ :	
	

3.	Membre de la famille ⁽⁵⁾	
3.1	Noms ⁽²⁾ de famille:	
3.2	Prénoms ⁽³⁾ :	Date de naissance:
3.3	Nom(s) antérieur(s):	
3.4	Adresse dans le pays de résidence:	
	
3.5	N° d'identification personnel:	
	

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

4.1 Le travailleur désigné ci-dessus a cessé d'être assuré depuis le

4.2 Tous les membres de la famille du travailleur inscrits ne résident pas dans notre votre État depuis le:

4.3 La pension ou la rente du titulaire désigné ci-dessus est suspendue ou supprimée depuis le

4.4 Le titulaire du droit à prestations visé au point 2

ou

le membre de la famille visé au point 3

ne réside plus dans notre votre État depuis le (date)

est décédé le (date)

4.5 Le membre de la famille désigné au point 3 ne remplit plus les conditions requises par la législation de l'État de résidence depuis le

4.6 (6)

5. Institution compétente Institution du lieu de résidence

5.1 Dénomination:

5.2 Numéro d'identification de l'institution:

5.3 Adresse:

5.4 Cachet 5.5 Date:

5.6 Signature:

B. Accusé de réception

6. La notification contenue dans la partie A ci-dessus nous est parvenue le

7. L'inscription de la/des personne(s) indiquée(s) dans la partie A a pris fin le

Nous confirmons la fin du droit à prestations notifiée au point 4, qui entre en vigueur le

8. Institution compétente Institution du lieu de résidence

8.1 Dénomination:

8.2 Numéro d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:

8.4 Cachet 8.5 Date:

8.6 Signature:

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (³) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.
Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.
Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.
Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE. Si la carte DNI ou la NIE est périmée, indiquer «néant».
- (⁵) À remplir si des membres de la famille sont concernés par la fin du droit à prestations.
- (⁶) Il est obligatoire d'indiquer le motif de la cessation, en utilisant les lettres ci-dessous:
a) le titulaire a commencé une activité dans l'État de résidence;
b) un membre de la famille a commencé une activité dans l'État de résidence;
c) les cotisations n'ont pas été acquittées;
d) autre.
-

ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE D'UN ASSURÉ ET LA TENUE DES INVENTAIRES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.2
Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.1, 2, 3 et 4; article 94.4

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. Au cas où les membres de la famille de l'assuré résideraient au Royaume-Uni, l'institution compétente fera parvenir les deux exemplaires au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Center, Tyneview Park, à Newcastle upon Tyne. L'institution du lieu de résidence, 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.

A. Notification du droit

1.	Institution du lieu de résidence ⁽²⁾
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:
1.4	Référence: votre formulaire E 107 du

2.	Assuré
2.1	Nom(s) ⁽³⁾ de famille:
2.2	Prénom(s) ⁽⁴⁾ : Date de naissance:
2.3	Nom(s) antérieur(s):
2.4	Adresse:
2.5	N° d'identification personnel:
2.6	Le travailleur <input type="checkbox"/> est un travailleur non salarié

3.	Membre de la famille
3.1	Noms ⁽³⁾ de famille:
3.2	Prénoms ⁽⁴⁾ : Date de naissance:
3.3	Nom(s) antérieur(s):
3.4	Adresse:
3.5	N° d'identification personnel:

4. Les membres de la famille du travailleur désigné ci-dessus ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, à moins:
- qu'ils n'y aient déjà droit au titre de la législation du pays où ils résident⁽⁵⁾
 - qu'ils n'exercent une activité professionnelle⁽⁵⁾
5. Ce droit est ouvert à la date du

6. et subsiste

6.1 jusqu'à l'annulation de la présente attestation

6.2 pendant un an à compter de la date spécifiée au point 5⁽⁶⁾

6.3 jusqu'à la date prévue pour la fin du travail saisonnier, c'est-à-dire

6.4 jusqu'au⁽⁷⁾ inclus.

7. Prière de renvoyer la carte européenne d'assurance maladie du membre de la famille désigné dans le cadre 3, portant le numéro et valide jusque

8. Institution compétente

8.1 Dénomination:

8.2 Numéro d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:

8.4 Cachet 8.5 Date:

8.6 Signature:

B. Notification de l'inscription⁽⁸⁾

9. ⁽⁹⁾

Les membres de la famille suivants n'ont pas été inscrits:

	Nom(s) de famille ⁽³⁾	Prénom(s) ⁽⁴⁾	Date de naissance	N° d'identification personnel
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9
9.10

pour les raisons suivantes:

ils n'ont pas droit aux prestations

ils ont déjà droit aux prestations en nature

autres motifs

10. ⁽⁹⁾

Les membres suivants de la famille de l'assuré indiqué au cadre 2 ont été inscrits:

	Nom(s) de famille ⁽³⁾	Prénom(s) ⁽⁴⁾	Date de naissance	N° d'identification personnel
10.1
10.2
10.3
10.4
10.5
10.6
10.7
10.8
10.9
10.10	Le coût de ces prestations est à votre charge, la date à prendre pour point de départ du calcul du forfait visé à l'article 94 du règlement (CEE) n° 574/72 est le			

11.	Carte européenne d'assurance maladie	
11.1	<input type="checkbox"/>	Prière de trouver en annexe, comme demandé en section 7, la carte européenne d'assurance maladie portant le numéro
11.2	<input type="checkbox"/>	Prière d'indiquer les mesures devant être appliquées concernant la carte européenne d'assurance maladie délivrée au membre de famille désigné dans le cadre 3, portant le numéro et valide jusque

12.	Institution du lieu de résidence	
12.1	Dénomination:	
12.2	N° d'identification de l'institution:	
12.3	Adresse:	
12.4	Cachet	12.5 Date:
		12.6 Signature:

Indications pour l'assuré

- 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 devrez les envoyer aux membres de votre famille, lesquels devront les présenter immédiatement à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire:*

en Belgique, la «mutualité/ziekenfonds» (caisse de maladie) choisie;

en République tchèque, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;

au Danemark, l'autorité locale du lieu de résidence;

en Allemagne, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;

en Estonie, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);

en Grèce, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;

en Espagne, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de sécurité sociale) du lieu de résidence;

en France, la Caisse primaire d'assurance maladie;

en Irlande, le «Health Board» (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;

en Italie, en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;

à Chypre, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la Santé, 1448 Nicosie), les institutions de maladie et de maternité. Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées;

en Lettonie, la «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);

en Lituanie, le «Territorial Patient Fund» (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;

au Luxembourg, la Caisse de maladie des ouvriers;

en Hongrie, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance-maladie) compétente;

à Malte, l'unité «Droits» (Entitlement Unit) du ministère de la santé, 23, John Street, La Valette;

aux Pays-Bas, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;

en Autriche, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;

en Pologne, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence;

au Portugal, pour le continent: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour Madère: le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour les Açores: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;

en Slovénie, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'Institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;

en Slovaquie, la «zdravotná poisťovňa» (l'institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;

en Finlande, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales);

en Suède, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence;

au Royaume-Uni, le «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Center» (ministère du travail et des pensions, le service des pensions, Centre pour des pensions internationales), Tyneview Park, à Newcastle upon Tyne, ou, pour l'Irlande du Nord, «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (ministère pour le développement social, filiale pour les prestations d'outre-mer), Block 2, Castle Buildings, à Belfast, suivant le cas;

en Islande, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;

au Liechtenstein, l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;

en Norvège, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence;

en Suisse, l'«Institution commune LAMal – Istitutozione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn.

- 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 et les membres de votre famille devez signaler à l'institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (fin 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 le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) À remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (³) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁵) Mettre une croix dans la case qui précède, si le formulaire est destiné à une institution irlandaise britannique.
- (⁶) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution allemande, française, italienne ou portugaise.
- (⁷) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution grecque, hongroise ou britannique de travailleurs salariés ou non salariés.
- (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) Remplir le cadre 9 ou 10 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
-

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 22.1 b i; article 22.1 c i; article 22.3; article 22 bis; article 31
Règlement (CEE) n° 574/72: article 22.1 et 3; article 23; article 31.1 et 3

L'institution compétente ou l'institution du lieu de résidence du membre de la famille de l'assuré ou du titulaire de pension ou de rente ou du membre de sa famille remet le formulaire à l'assuré ou au titulaire de pension ou de rente ou au membre de la famille de ce dernier. Si l'assuré ou le titulaire de pension ou de rente se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Center, Tyneview Park, à Newcastle upon Tyne.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Il se compose de deux pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

1.	<input type="checkbox"/> Assuré	<input type="checkbox"/> Membre de la famille de l'assuré
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un travailleur non salarié
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (salarié)	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente (salarié)
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (non salarié)	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente (non salarié)

1.1	Nom(s) (2) de famille:	.....
1.2	Prénom(s) (3):	.....
	Date de naissance:	.....
1.3	Nom(s) antérieur(s):	.....
1.4	Adresse dans le pays compétent:	.....
1.5	Adresse dans le pays où l'intéressé se rend:	.....
1.6	N° d'identification personnel (4):	.....

2. La personne indiquée ci-dessus est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature

de l'assurance maladie-maternité de l'assurance accidents de la vie privée (5)

à/au/en (pays), où elle se rend

2.1 pour y établir sa résidence

2.2 pour y recevoir des soins auprès de (6)

.....

.....

ou de tout autre établissement de nature similaire en cas de transfert rendu médicalement nécessaire par son traitement.

2.3 pour y envoyer des échantillons biologiques aux fins d'analyses sans que la présence de la personne précitée ne soit requise

3. Lesdites prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation,

du au inclus.

4.	Le rapport de notre médecin contrôleur
4.1	<input type="checkbox"/> est joint au présent formulaire sous pli fermé
4.2	<input type="checkbox"/> a été adressé le à (7)
4.3	<input type="checkbox"/> peut être envoyé sur demande
4.4	<input type="checkbox"/> n'a pas été établi

5.	Institution compétente		
5.1	Dénomination:		
5.2	N° d'identification de l'institution:		
5.3	Adresse:		
5.4	Cachet	5.5	Date:
		5.6	Signature:
		

Indications pour le bénéficiaire

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 **République tchèque**, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie choisi;

au **Danemark**, le prestataire de soins, généralement le médecin généraliste qui vous enverra chez un spécialiste;

en **Allemagne**, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) de votre choix;

en **Estonie**, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);

en **Grèce**, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;

en **Espagne**, les services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales espagnoles. Joindre une photocopie au formulaire;

en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie;

en **Irlande**, le «Health Board» (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;

en **Italie**, en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;

à **Chypre**, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie);

en **Lettonie**, la «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);

en **Lituanie**, le «Territorial Patient Fund» (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;

au **Luxembourg**, la Caisse de maladie des ouvriers;

en **Hongrie**, le prestataire de soins auquel le traitement est demandé;

à **Malte**, le service national de santé (le médecin, le dentiste, l'hôpital, le centre de santé) où les soins sont dispensés;

aux **Pays-Bas**, toute caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou, en cas de séjour temporaire, l'«Agis zorgverzekeringen», à Utrecht;

en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;

en **Pologne**, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;

au **Portugal, pour le continent**: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence ou de séjour; pour **Madère**: le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal;

pour **les Açores**: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de séjour;

en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) du lieu de résidence ou de séjour;

en **Slovaquie**, la «Zdravotná poisťovňa» (l'institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée. En ce qui concerne les prestations en espèces, la «Sociálna poisťovňa» (le Bureau d'assurance sociale), à Bratislava;

en **Finlande**, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales). Le formulaire doit être remis au centre de santé municipal ou à l'établissement hospitalier public pratiquant le traitement;

en **Suède**, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales). Le formulaire doit être présenté à l'institution pratiquant le traitement;

au **Royaume-Uni**, le service médical (médecin, dentiste, hôpital, etc.) auquel le traitement est demandé;

en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;

au **Liechtenstein**, l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;

en **Norvège**, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance);

en **Suisse**, l'«Institution commune LAMal – Istituto comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn. Le formulaire doit être présenté au médecin ou à l'institution pratiquant le traitement.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (³) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Indiquer le numéro de l'assuré dans le cas où le membre de la famille ne possède pas de numéro d'identification personnel.
- (⁵) À remplir par les institutions françaises de travailleurs agricoles non salariés.
- (⁶) À préciser si possible.
- (⁷) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii; article 25.1 b; article 52.b; article 55.1 a ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 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. En revanche, s'il concerne un demandeur d'emploi, 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1. Institution compétente

1.1. Dénomination:

1.2. Adresse:

1.3. N° d'identification de l'institution:

2. Travailleur salarié Travailleur non salarié Travailleur au chômage

2.1 Nom(s) de famille (2): Nom(s) de famille à la naissance (si différent):

2.2 Prénom(s): Date de naissance:

2.3 N° d'identification personnel:

2.4 Porteur du formulaire E 119 délivré le (3)
et du formulaire E 303 délivré le (3)

3. Employeur (4)

3.1 Nom ou raison sociale:

3.2 Adresse:

A. (5) Demande de prestations

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

d'un traitement hospitalier effectué du au (dates) dans un hôpital ou un établissement de prévention ou de réadaptation (6)

d'incapacité de travail
à la suite d'un(e)

4.1 maladie maternité (date présumée de l'accouchement:)
 accident du travail accident survenu le (date)
 maladie professionnelle adoption indemnité réduite en cas de maternité et d'adoption

5. Le certificat du médecin traitant
 est joint n'a pu être fourni

6. De l'avis de notre médecin contrôleur dont le rapport se trouve en annexe
 dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais

6.1 l'incapacité de travail a débuté le
et se prolongera probablement jusqu'au

6.2 il n'y a pas incapacité de travail⁽⁷⁾

7. Il est estimé que l'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation pour les motifs suivants:
.....
.....

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

8.1 L'incapacité de travail est due à d'autres circonstances spécifiques décrites dans les documents en annexe.

8.2 Un rapport concernant cet accident et l'adresse du tiers dont la responsabilité est engagée sont joints au présent formulaire.

8.3 D'autres documents sur l'origine de l'incapacité de travail sont joints au présent formulaire.

9. 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 les indications utiles en vue du paiement des prestations⁽⁸⁾.

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

B. ⁽⁵⁾ Prolongation de l'incapacité de travail

11. Comme suite à

11.1 notre formulaire E 115 du (date)

11.2 votre formulaire E 117 du (date)

11.3 nous avons l'honneur de vous faire savoir que, de l'avis de notre médecin contrôleur,
 dont vous trouverez le rapport en annexe,
 dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,
la personne indiquée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au inclus.

12. Institution du lieu de résidence ou de séjour

12.1 Dénomination:

12.2 N° d'identification de l'institution:

12.3 Adresse:

12.4 Cachet 12.5 Date:

12.6 Signature:

Indications pour les personnes concernées

En Italie, vous devez adresser ce formulaire – en cas de maladie ou de maternité – au siège local de l'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Institut national de la prévoyance sociale) ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'«Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (institut national d'assurance contre les accidents du travail).

Pour les Pays-Bas, si l'institution compétente d'assurance maladie n'est pas connue, veuillez adresser le formulaire à l'UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

En Slovénie, vous devez adresser ce formulaire – en cas de prestations en nature de maternité – au siège compétent du «Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke» (Centre des affaires sociales Ljubljana Bežigrad – Unité centrale pour la protection parentale et les prestations familiales), ou, en cas d'incapacité de travail, à l'office régional compétent du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie).

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (³) À remplir uniquement lorsque le formulaire concerne un demandeur d'emploi.
- (⁴) Pour les demandeurs d'emploi, indiquer le dernier employeur.
- (⁵) Les parties A et B s'excluent; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie.
- (⁶) En ce qui concerne les personnes assurées auprès d'une caisse de maladie allemande ou d'une institution autrichienne ou belge, lorsque l'institution de sécurité sociale du lieu de résidence ignore la date exacte à laquelle l'intéressé a quitté l'hôpital au moment où elle établit le présent formulaire, elle est tenue de fournir ce renseignement ultérieurement dans les plus brefs délais.
- (⁷) Joindre une copie du formulaire E 118 adressé à l'intéressé.
- (⁸) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, italienne, hongroise ou polonaise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii, 1 b ii et 1 c ii; article 22 ter; article 25 1 b; article 34 ter; article 52 b; article 55.1 a ii;
1 b ii et 1 c ii

Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64; article 65.2 et 4

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 115 à annexer au présent formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas
de maladie ou de maternité (?).

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1.	Institution compétente destinataire
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:
1.4	Référence: notre formulaire E 116 du (date)

2. Annexe au formulaire E 115 du (date)

3.	Personne concernée
3.1	Nom(s) de famille (?):
3.2	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
3.3	Prénoms: Date de naissance:
3.4	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour:
3.5	N° d'identification personnel:

4. Je soussigné/e,, docteur en médecine,
après avoir examiné la personne désignée ci-dessus
le

- 4.1 estime qu'il s'agit
 d'un cas de maladie d'un cas de maternité (date présumée de l'accouchement:)
- 4.2 qu'il s'agit probablement
 d'un accident du travail d'une maladie professionnelle d'un accident
- 4.3 d'une rechute ou aggravation

A. Rapport général

5. À remplir dans tous les cas

5.1 Anamnèse et symptômes actuels:

5.2 Examen clinique:

5.3 Autres constatations:

5.4 Examens techniques⁽⁴⁾:

5.5 Diagnostic:

5.6 Conclusions:

5.7 L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler

5.8 L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir du jusqu'au

5.9 L'intéressé est reconnu partiellement incapable de travailler (..... %) du jusqu'au⁽⁵⁾

5.10 L'intéressé sera soumis à un nouveau contrôle médical le

5.11 L'intéressé est en état de travailler à partir du

B. Rapports en cas d'accident du travail

6. Premier rapport médical

6.1 Cet accident a produit les lésions suivantes⁽⁶⁾:

6.2 Ces lésions ont eu auront les conséquences suivantes⁽⁷⁾

6.3 L'incapacité de travail a débuté le

6.4 La victime est soignée

à son domicile au cabinet du médecin

à l'hôpital dans un autre lieu

Adresse⁽⁸⁾:

7. Dernier rapport médical

7.1 Le traitement a pris fin le:

7.2 Les lésions sont consolidées à la date du:

7.3 sans séquelles

7.4 et auront probablement les conséquences suivantes:

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

8. Institution du lieu de résidence ou de séjour:

8.1 Dénomination:

8.2 N° d'identification de l'institution compétente:

8.3 Adresse:

8.4 Cachet

8.5 Date:

8.6 Signature:

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Il n'y a pas lieu d'établir le formulaire E 116 pour les demandes de prestations de maternité payables par la Belgique. *Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance maladie. En République tchèque, au Liechtenstein, en Finlande, en Norvège et en Suède, le formulaire est rempli par le médecin consulté par l'intéressé et est vérifié par l'institution d'assurance.*
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Indiquer le type d'examen et la date.
- (5) Pour les besoins des institutions norvégiennes.
- (6) Indiquer le genre et la nature des lésions, la partie du corps lésée: fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.
- (7) 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 probable.
- (8) Si la victime est soignée à l'hôpital, donner également la dénomination de celui-ci.

OCTROI DE PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ ET D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii; article 22 ter; article 34 ter; article 25.1 b; article 52.b; article 55.1 a ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.6 et 8; article 24; article 26.7; article 61.6 et 8; article 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages.

1.	Institution du lieu de résidence ou de séjour
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:

2. Référence: votre formulaire E 115 du (date)

3.	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur au chômage
3.1	Nom(s) de famille (2):	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):	
3.2	Prénom(s):	Date de naissance:	
3.3	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour:		
		
3.4	N° d'identification personnel:		
		

4. La personne indiquée au cadre 3

4.1 a droit aux prestations en espèces, provisoirement et sauf prorogation éventuelle,
du au

4.2 n'a pas droit aux prestations en espèces
Motif: voir le formulaire E 118 ci-joint.

4.3 n'a plus droit aux prestations en espèces à partir du (date)
Motif: voir le formulaire E 118 ci-joint.

5. Ces prestations seront servies (3)

5.1 par nos soins

5.2 par vos soins pour notre compte (4)

5.3 par l'employeur (5)

du au (6)

6.	(7)(8)
6.1	L'indemnité doit être servie pour tous les jours de la semaine, sauf <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
6.2	Le montant journalier net de cette indemnité est de (9) si l'assuré n'est pas hospitalisé (9) en cas d'hospitalisation
6.3	<input type="checkbox"/> Lorsque les indemnités sont dues pour un mois entier, elles sont accordées pour trente jours, que le mois ait plus de trente jours ou moins.

- 7. Nous vous prions de bien vouloir nous communiquer dès que possible le résultat
- 7.1 d'un examen ⁽¹⁰⁾:
- 7.2 d'un contrôle administratif:
- 7.3 d'un nouveau contrôle médical, à effectuer vers le (date)

8.	Institution compétente		
8.1	Dénomination:		
8.2	N° d'identification de l'institution:		
8.3	Adresse:		
8.4	Cachet	8.5	Date:
		8.6	Signature:

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (3) Ce renseignement est superflu dans le cas des demandeurs d'emploi pour lesquels a été émis un formulaire E 119.
- (4) L'institution compétente peut indiquer le mode de paiement à cet endroit.
- (5) Lorsque ce formulaire est adressé à une institution française, polonaise, italienne ou hongroise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.
- (6) À remplir par les institutions danoises, allemandes, luxembourgeoises, polonaises, hongroises et slovaques.
- (7) À remplir par les institutions allemandes, luxembourgeoises, polonaises, slovaques et espagnoles.
- (8) À remplir uniquement dans le cas indiqué au point 5.2
- (9) Indiquer le montant en monnaie nationale.
- (10) Indiquer le genre d'examen médical demandé (radiographie, analyse de..., etc.).

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii, bb ii, c ii; article 22 ter; article 25.1 b; article 34 ter; article 52.b; article 55.1 a ii, b ii, c ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.4 et 6; article 24; article 26.5 et 7; article 61.4 et 6; article 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 demandeur d'emploi, il y a lieu d'établir, outre les deux exemplaires précédents (dont l'un destiné au demandeur d'emploi 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 demandeur d'emploi s'est rendu pour y chercher du travail.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages et d'une annexe de trois pages.

1.	Bénéficiaire	
1.1	Nom(s) de famille:	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
1.2	Prénom(s):	Date de naissance:
1.3	Adresse dans le pays de résidence ou de séjour:	
1.4	N° d'identification personnel:	

2.	<input type="checkbox"/> Institution compétente	<input type="checkbox"/> Institution du lieu de résidence ou de séjour
2.1	Dénomination:	
2.2	N° d'identification de l'institution:	
2.3	Adresse:	

- 3. Des faits qui ont été portés à notre connaissance
- Du contrôle effectué par notre médecin, le (date),
il ressort que
- 3.1 votre incapacité de travail n'est que partielle
- 3.2 vous avez droit à une indemnité partielle d'un montant de (2)
à partir du (date)
- 3.3 vous n'êtes pas incapable de travailler
- 3.4 votre incapacité de travail a pris fin le (3)
- 3.5 Le dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces est le
- 3.6 L'institution compétente décidera du dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces.
- 3.7 Vous n'avez pas droit à des prestations parce que

4.	<input type="checkbox"/> Institution du lieu de résidence ou de séjour	<input type="checkbox"/> Institution compétente
4.1	Dénomination:	
4.2	N° d'identification de l'institution:	
4.3	Adresse:	
4.4	Cachet	4.5 Date:
		4.6 Signature:

Indications pour le travailleur salarié, non salarié ou au chômage

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision qui vous est communiquée par le présent document, il vous est loisible d'introduire un recours. Pour tout détail sur les voies et délais de recours, veuillez consulter l'annexe. Pour les voies et délais de recours, il faut se référer aux indications données en ce qui concerne l'État compétent.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) À ne remplir que lorsque l'institution compétente établit le formulaire. Indiquer s'il s'agit d'un montant journalier, hebdomadaire ou mensuel.
- (³) Indiquer le dernier jour d'incapacité de travail.
-

VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.4; article 61.4

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 un délai de trois mois après le jour 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. République tchèque

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire un recours auprès de l'institution tchèque compétente mentionnée aux points 2 ou 4 du formulaire dans les trois jours qui suivent la notification de la décision. Le mode de recours et la date limite d'introduction de celui-ci sont indiqués dans la décision.

3. Danemark

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous disposez d'un délai de quatre semaines, à compter du jour de la réception de sa notification, pour introduire un recours auprès de la «Sociale Ankestyrelse, Dagpengeudvalget» (commission de recours en matière sociale, comité d'allocations journalières), Amaliegade 25, BP 3061, 1021 Copenhague K.

4. Allemagne

Cet acte administratif officiel devient exécutoire si vous n'introduisez aucun recours dans les trois mois suivant la notification. Les recours doivent être introduits par requête écrite dans un délai de trois mois auprès de l'institution allemande suivante:

Dénomination:
Adresse:

5. Estonie

Si vous souhaitez contester la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours dans un délai de trente jours auprès de l'«Eesti Haigekassa», Lembitu 10, Tallinn 10114.

6. Grèce

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez, dans un délai de trente jours ouvrables à compter de la date de réception de sa notification, introduire un recours auprès de:

Dénomination:
Adresse:

7. Espagne

Vous pouvez introduire un recours contre la décision ci-jointe, dans un délai de trente jours ouvrables à compter de la date de sa notification, auprès de l'institution suivante:

Dénomination:
Adresse:

8. France

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

Dénomination:
Adresse:

9. Irlande

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours auprès du «Social Welfare Appeals Office» (comité de recours en matière sociale), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Ce recours doit être introduit dans les vingt et un jours à compter de la date de réception de la décision.

10. Italie

Décisions de l'INPS (maladie et maternité)

L'assuré qui entend contester une décision de l'INPS peut, dans les quatre-vingt-dix jours à compter du jour de la réception de sa notification, introduire un recours administratif auprès de la commission provinciale compétente.

En outre, l'intéressé dispose d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle la décision de ladite commission lui a été notifiée ou de quatre-vingt-dix jours à compter de la date à laquelle il a introduit son recours si ladite commission n'a pris aucune décision, pour citer l'INPS devant les instances judiciaires.

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

L'assuré qui entend contester une décision de l'INAIL peut, dans les soixante 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 soixante 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.

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

11. Chypre

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous disposez de quinze jours à compter de la notification de la décision pour faire appel au ministre du travail et de l'assurance sociale. Si vous n'êtes pas satisfait de la décision du ministre, vous pouvez en référer à la Cour suprême dans un délai de soixante-quinze jours à compter de la date de notification de la décision du ministre.

12. Lettonie

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de sa notification, introduire un recours auprès de l'institution suivante:

Dénomination: Adresse:

13. Lituanie

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous disposez d'un délai d'un mois à compter du jour de la réception de sa notification, pour introduire un recours auprès de la commission des litiges administratifs.

14. Luxembourg

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire un recours en principe auprès de Conseil arbitral des assurances sociales, dans un délai de quarante jours à compter du jour de la réception de sa notification.

15. Hongrie

Si vous n'êtes pas d'accord avec la communication ci-jointe, vous pouvez introduire une demande de décision auprès de l'institution hongroise compétente désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire E 118. La décision de l'institution compétente est susceptible de recours dans les quinze jours à compter du jour de la réception de sa notification.

16. Malte

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous disposez d'un délai de trente jours à compter de la décision pour introduire un recours auprès du ministère de la sécurité sociale, à La Valette.

17. Pays-Bas

Si vous n'êtes pas d'accord avec la communication ci-jointe, il vous est loisible de demander une décision susceptible de recours à l'institution néerlandaise compétente (désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire E 118) dans un délai raisonnablement court. Cette décision précise les voies et délais de recours.

18. Autriche

Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations ci-jointes (formulaire E 118), vous pouvez introduire une demande de décision auprès de l'institution autrichienne compétente désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire précité, auprès de laquelle vous pouvez vous enquérir des voies de recours admissibles.

19. Pologne

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire une demande de décision auprès de la Zakład Ubezpieczen Spolecznych – ZUS (institution d'assurance sociale) ayant une compétence territoriale sur le lieu du siège de l'employeur, et pour les agriculteurs, la branche régionale compétente du «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego» (Fonds d'assurance sociale pour l'agriculture – KRUS). Cette instance rendra une décision sur l'accès aux prestations et informera le demandeur sur les voies de recours possibles contre cette décision.

20. Portugal

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez:

- si l'incapacité de travail n'a pas été reconnue, introduire un recours auprès de la «Comissão Instaladora da Administração Regional da Saúde» (commission administrative régionale de la santé) dans un délai de huit jours à compter de la date de réception de sa notification, ou
- si une demande de prestations en nature a été rejetée pour des raisons administratives, introduire un recours auprès du tribunal administratif compétent au niveau local (Tribunal Administrativo de Circulo) dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa notification.

21. Slovénie

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez déposer une plainte auprès du tribunal du travail et des affaires sociales à Ljubljana, Komenskega 7, dans les trente jours suivant la réception de la notification de la décision.

22. Slovaquie

Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations indiquées et en l'absence de décision vous concernant, vous pouvez demander à l'antenne compétente de l'Agence d'assurance sociale de statuer. Vous pouvez introduire un recours auprès du siège central de l'Agence d'assurance sociale dans les quinze jours à compter de la réception de la notification de la décision prise par l'antenne locale. En matière de prestations, la décision du siège central de l'Agence d'assurance sociale est sans appel. Vous disposez néanmoins d'un délai de deux mois pour introduire un recours contre cette décision auprès du tribunal régional compétent.

S'agissant d'autres aspects que les prestations, vous pouvez introduire un recours contre la décision du siège central de l'Agence d'assurance sociale dans les trente jours suivant sa notification auprès du tribunal régional compétent. L'adresse du siège central de l'Agence d'assurance sociale est: Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finlande

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous disposez d'un délai de trente jours à compter de la date de réception de sa notification pour introduire un recours auprès de l'institution d'assurance finlandaise désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire E 118, ou auprès de l'institution d'assurance la plus proche de votre lieu de résidence, également désignée dans l'un des cadres ci-dessus.

24. Suède

Vous pouvez introduire un recours auprès de l'institution suédoise compétente désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire E 118 dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa notification. Si vous introduisez un recours, vous devez indiquer les motifs pour lesquels vous estimez que la décision n'est pas justifiée.

25. Royaume-Uni

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours, dans un délai de vingt-huit jours à compter de la date de réception de sa notification, auprès du «Pension Service, International pension Centre» (service des pensions, Centre des pensions internationales), à Newcastle upon Tyne, ou du «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (Bureau de la sécurité sociale d'Irlande du Nord, service international), à Belfast, suivant le cas.

26. Islande

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours auprès du conseil national de la sécurité sociale, à Reykjavik.

27. Liechtenstein

a) En ce qui concerne l'assurance maladie: si vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'une caisse d'assurance maladie, vous avez le droit d'exiger une attestation officielle qui précise les motifs sur lesquels est fondée cette décision et qui fournit des informations quant aux voies de recours.

L'intéressé peut introduire un recours en justice auprès du tribunal compétent dans un délai de soixante jours à compter de la date de réception de l'attestation en question.

b) En ce qui concerne l'assurance accidents: si vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'une caisse d'assurance accidents, vous pouvez, dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la décision, demander à la caisse d'assurance en question de revoir sa décision.

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'une caisse d'assurance accidents, vous pouvez également, dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la décision, introduire un recours en justice auprès du tribunal compétent. Cela s'applique également à la décision des caisses d'assurance accidents concernant la demande de révision susmentionnée.

28. Norvège

Tout recours contre une décision norvégienne doit être introduit auprès de l'institution désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire E 118 dans un délai de six semaines à compter de la date de réception de sa notification.

29. Suisse

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez faire part de votre objection à l'institution, dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de sa notification. La décision relative à votre objection précisera la voie de recours et le délai dont vous disposez pour introduire celui-ci.

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 26.1
Règlement (CEE) n° 574/72: article 28

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'intéressé qui les présente à l'institution de son lieu de résidence. L'institution du lieu de résidence, à la réception des deux 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

A. Notification du droit

1.	Institution du lieu de résidence ⁽²⁾	
1.1	Dénomination:	
1.2	N° d'identification de l'institution:	
1.3	Adresse:	
1.4	Référence: votre formulaire E 107 du	
2.	Demandeur de pension ou de rente	
2.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
2.2	Prénom(s):	Date de naissance:
2.3	Adresse dans le pays de résidence:	
2.4	Numéro d'identification personnel:	
3.	À 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 (date) une demande de pension ou de rente	
	<input type="checkbox"/> de vieillesse	<input type="checkbox"/> d'invalidité
	<input type="checkbox"/> d'accident du travail	<input type="checkbox"/> de maladie professionnelle
3.2	<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	N° d'identification de l'institution:	
4.3	Adresse:	
4.4	Cachet	4.5 Date:
		4.6 Signature:

5. À 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 N° d'identification de l'institution d'instruction:

5.2 L'intéressé indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

5.3 à partir du et jusqu'à annulation de la présente attestation

5.4 pendant un an à compter du..... (date)

6. Institution qui a rempli le cadre 5

6.1 Nom:.....

6.2 N° d'identification de l'institution:

6.3 Adresse:

6.4 Cachet

6.5 Date:

6.6 Signature:

B. Notification de l'inscription ou de la non-inscription

7. (*)

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

8. (*)

8.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille ont été inscrits le (date)

9. Membres de la famille inscrits

9.1	Noms ⁽³⁾ de famille	Prénom(s)	Sexe	Date de naissance	N° d'identification personnel
			F M		
9.2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination:

10.2 N° d'identification de l'institution:

10.3 Adresse:

10.4 Cachet

10.5 Date:

10.6 Signature:

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 **République tchèque**, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;
 - à **Chypre**, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie). Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées;
 - au **Danemark**, la mairie du lieu de résidence;
 - en **Allemagne**, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence de votre choix;
 - en **Grèce**, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA), qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;
 - en **Espagne**, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence. Si vous devez recourir aux prestations, vous pouvez vous adresser aux services médicaux et hospitaliers du système sanitaire de la sécurité sociale espagnole. Joindre une photocopie au formulaire;
 - en **Estonie**, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);
 - en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie;
 - en **Irlande**, le «Health Board» (Service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;
 - en **Italie**, l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;
 - en **Lettonie**, le «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);
 - en **Lituanie**, le «Teritorinė ligonių kasa» (fonds territorial des patients), l'assistance du service médical est accordée sans contact préalable avec ladite institution;
 - au **Luxembourg**, la Caisse de maladie des ouvriers;
 - en **Hongrie**, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance maladie) compétente;
 - à **Malte**, le ministère de la santé, à La Valette;
 - aux **Pays-Bas**, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;
 - en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;
 - en **Pologne**, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence;
 - au **Portugal, pour le continent**: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour **Madère**: le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour **les Açores**: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;
 - en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;
 - en **Slovaquie**, la «zdravotná poisťovňa» (Institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;
 - en **Finlande**, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales);
 - en **Suède**, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence. L'assistance du service médical (hôpital, médecin, dentiste, etc.) peut être demandée sans contact préalable avec ladite institution;
 - en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;
 - au **Liechtenstein**, l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;
 - en **Norvège**, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence;
 - en **Suisse**, l'«Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn.
- 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 le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) À remplir uniquement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence. Si le demandeur de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Remplir le cadre 7 ou le cadre 8 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES TITULAIRES DE PENSION OU DE RENTE OU DES MEMBRES
DE LEUR FAMILLE ET LA TENUE DES INVENTAIRES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 28.1 a; article 29.1 a
Règlement (CEE) n° 574/72: article 29.1, 2 et 3; article 30.1; article 95.4

L'institution qui doit délivrer l'attestation conformément à l'article 29, paragraphe 2, ou à l'article 30, paragraphe 1, du règlement (CEE) n° 574/72 remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou de rente, ou au membre de sa famille, 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 6 et 7. L'institution du lieu de résidence, après réception des deux exemplaires, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution désignée au cadre 7.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les pointillés. Il se compose de quatre pages.

A. Notification du droit

1.	Institution du lieu de résidence ⁽²⁾	
1.1	Dénomination:	
1.2	N° d'identification de l'institution:	
1.3	Adresse:	
1.4	Référence: votre formulaire E 107 du	
2.	Titulaire de pension ou de rente	
2.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
2.2	Prénom(s):	Date de naissance:
2.3	Adresse dans le pays de résidence:	
2.4	Date du transfert de résidence:	
2.5	N° d'identification personnel:	
2.6	Le titulaire de pension ou de rente était	
	<input type="checkbox"/> un travailleur salarié	
	<input type="checkbox"/> un travailleur non salarié	
	<input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (salarié)	
	<input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (non salarié)	
	<input type="checkbox"/> un travailleur au chômage	
3.	À 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	
	<input type="checkbox"/> de vieillesse	<input type="checkbox"/> d'invalidité
	<input type="checkbox"/> d'accident du travail	<input type="checkbox"/> de maladie professionnelle
3.2	depuis le:	
4.	Institution qui a rempli le cadre 3 ⁽⁴⁾	
4.1	Dénomination:	
4.2	N° d'identification de l'institution:	
4.3	Adresse:	
4.4	Cachet	4.5 Date:
		4.6 Signature:

5. Membre de la famille du titulaire de pension ou de rente

5.1 Nom(s) de famille ⁽³⁾: Nom(s) de famille à la naissance (si différent):

5.2 Prénom(s): Date de naissance:

5.3 Adresse dans le pays de résidence:

5.4 N° d'identification personnel:

5.5 Date du transfert de résidence:

6. À 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⁾

6.1 Numéro d'identification de l'institution d'instruction:

6.2 L'intéressé désigné au cadre 2
 L'intéressé désigné au cadre 5
a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à partir du

6.3 Le coût des prestations à servir dans le pays de résidence, autre que le pays compétent, est à notre charge.

6.4 à partir du et jusqu'à annulation de la présente attestation

6.5 durant un an à partir du ⁽⁶⁾

6.6 la délivrance de la présente attestation met fin à la validité du formulaire E du

7. Prière de renvoyer la carte européenne d'assurance maladie de la personne désignée au cadre 2 ou 5, portant le numéro et valide jusque

8. Institution qui a rempli le cadre 6 ⁽⁴⁾

8.1 Nom:

8.2 N° d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:

8.4 Cachet 8.5 Date:

8.6 Signature:

B. Notification de l'inscription ou de la non-inscription

9. ⁽⁷⁾

9.1 L'intéressé désigné au cadre 2
 L'intéressé désigné au cadre 5
n'a pas pu être inscrit

9.2 parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature en vertu de la législation de notre pays

9.3 Autres motifs:

10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 2 <input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 5 a été inscrit
10.2	<input type="checkbox"/> 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 règlement (CEE) n° 574/72 est le

11.	Carte européenne d'assurance maladie
11.1	<input type="checkbox"/> Prière de trouver en annexe, comme demandé au cadre 7, la carte européenne d'assurance maladie portant le numéro
11.2	<input type="checkbox"/> Prière d'indiquer les mesures devant être appliquées concernant la carte européenne d'assurance maladie délivrée à la personne désignée dans le cadre 2 ou 5, portant le numéro et valide jusque

12.	Institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente ou du membre de sa famille		
12.1	Dénomination:		
12.2	N° d'identification de l'institution:		
12.3	Adresse:		
12.4	Cachet	12.5	Date:
		12.6	Signature:

Indications pour le titulaire de pension ou de rente ou le membre de sa famille

Vous devez remettre au plus tôt les deux exemplaires du présent formulaire à l'institution d'assurance suivante:

en **Belgique**, la «mutualité/ziekenfonds» (caisse de maladie) choisie;

en **République tchèque**, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;

à **Chypre**, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie). Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées dans les institutions médicales de l'État;

au **Danemark**, la mairie du lieu de résidence;

en **Allemagne**, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;

en **Grèce**, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA), qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;

en **Espagne**, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence;

en **Estonie**, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);

en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie;

en **Irlande**, le «Health Board» (Service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;

en **Italie**, l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;

en **Lettonie**, le «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);

en **Lituanie**, le «Teritorinė ligonių kasa» (fonds territorial des patients);

au **Luxembourg**, la Caisse de maladie des ouvriers;

en **Hongrie**, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance maladie) compétente;

à **Malte**, l'unité «Droits» (Entitlement Unit) du ministère de la santé, 23, John Street, La Valette;

aux **Pays-Bas**, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;

en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;

en **Pologne**, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence; the regional branch of the 'Narodowy Fundusz Zdrowia' (National Health Fund) competent for the place of residence;

au **Portugal, pour le continent**: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour **Madère**: le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour **les Açores**: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;

en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;

en **Slovaquie**, la «zdravotná poisťovňa» (Institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;

en **Finlande**, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales);

en **Suède**, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence;

en **Islande**, le «*Tryggingastofnun ríkisins*» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;
au **Liechtenstein**, l'«*Amt für Volkswirtschaft*» (Office d'économie nationale), à Vaduz;
en **Norvège**, le «*lokale Trygdekontor*» (Office local d'assurance) du lieu de résidence;
en **Suisse**, l'«*Institution commune LAMal – Istitutozione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG*» à Solothurn.

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) À remplir uniquement lorsque le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence. Si le demandeur de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) En France (en ce qui concerne les travailleurs non salariés) et en Hongrie, ce cadre doit être rempli par l'institution d'assurance maladie-maternité.
- (5) En Italie, les cadres 6 et 7 doivent être remplis exclusivement par l'USL ou le ministère de la santé.
- (6) Dans le cas où le formulaire, émis par une institution allemande, française, hongroise, italienne ou portugaise, concerne un membre de la famille.
- (7) Remplir le cadre 8 ou le cadre 9 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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 52 a; article 55.1 a i, b i et c i
Règlement (CEE) n° 574/72: article 60.1; article 62.4 et 6; article 63.1 et 3

Si 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages.

1. Institution du lieu de résidence⁽²⁾

1.1 Dénomination:

1.2 N° d'identification de l'institution:

1.3 Adresse:
.....

1.4 Référence: votre formulaire E 107 du

2. Assuré

2.1 Nom(s) de famille⁽³⁾:

2.2 Nom(s) de famille à la naissance (si différent):

2.3 Prénom(s): Date de naissance:

2.4 N° d'identification personnel:

2.5 L'assuré est

- un travailleur salarié
- un travailleur non salarié
- un travailleur frontalier (salarié)
- un travailleur frontalier (non salarié)
- un travailleur au chômage

3. En raison

3.1 des éléments indiqués dans votre formulaire E 107 du

3.2 de l'accident du travail survenu le
et entraînant les conséquences suivantes:
.....
.....

3.3 de la maladie professionnelle constatée le
et entraînant les conséquences suivantes:
.....

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

pour y établir sa résidence pour y recevoir des soins

4. La personne désignée ci-dessus peut bénéficier des prestations en nature
 pour accident du travail pour maladie professionnelle

- 4.1 pendant la durée prévue par les dispositions de la législation du pays de sa résidence
 4.2 à partir du jusqu'au.....
 4.3 pendant trois mois au plus
 4.4 sans restriction de temps

5. Le rapport de notre médecin contrôleur

- 5.1 est joint sous pli fermé
 5.2 a été envoyé le à⁽⁴⁾.....

 5.3 peut nous être demandé
 5.4 n'a pas été établi

6. Institution compétente

- 6.1 Dénomination:
 6.2 N° d'identification de l'institution:
 6.3 Adresse:

 6.4 Cachet 6.5 Date:
6.6 Signature:

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,

- a) en cas de prestations en nature accordées à la suite d'une maladie ou d'un accident privé: la mutualité choisie;
 b) en cas de prestations en nature accordées à la suite d'une maladie professionnelle: le «Fonds des maladies professionnelles», à 1210 Bruxelles;

en République tchèque, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie compétent;

à Chypre, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie). Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées dans les institutions médicales de l'État;

au Danemark, l'assistance du médecin ou du dentiste peut être demandée en contactant un médecin généraliste ou un dentiste du service public de santé. Les personnes nécessitant un traitement urgent à l'hôpital peuvent se rendre directement dans un hôpital public;

en Allemagne, l'institution d'assurance contre les accidents compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;

en Grèce, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA), qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;

en Espagne, les services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales. Joindre une photocopie au formulaire;

en Estonie, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);

en France, la Caisse primaire d'assurance maladie;

en Irlande, le «Health Board» (Service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;

en Italie,

- a) pour les prestations en nature, l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire; pour les marins et le personnel navigant de l'aviation civile, le «Ministero della sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea» (ministère de la santé – Office de la santé de la marine ou de l'aviation civile), compétent selon le territoire;
 b) pour les prothèses, le grand appareillage, les prestations médico-légales et les examens et certificats médicaux, le siège provincial de l'«Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni» (Institut national d'assurance contre les accidents du travail) (INAIL);

en **Lettonie**, le «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);

en **Lituanie**, le «Teritorinė ligonių kasa» (fonds territorial des patients), l'assistance du service médical est accordée sans contact préalable avec ladite institution;

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

en **Hongrie**, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance maladie) compétente;

à **Malte**, «entitlement Unit», 23 St. John Street, La Valette, CMR02;

aux **Pays-Bas**, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence; ou, en cas de séjour temporaire, l'«Agis Verzekeringen» (Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'«Agis Verzekeringen»;

en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour ou l'«Allgemeine Unfallversicherungsanstalt» (institution générale d'assurance accidents), à Vienne;

en **Pologne**, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence;

au **Portugal**, le «Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais» (Centre national de protection contre les risques professionnels), à Lisbonne;

en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence ou de séjour;

en **Slovaquie**, la «zdravotná poisťovňa» (institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;

en **Finlande**, la «Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto» (Fédération des institutions d'assurance contre les accidents);

en **Suède**, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales). L'assistance du service médical (hôpital, médecin, dentiste, etc.) peut être demandée sans contact préalable avec ladite institution;

au **Royaume-Uni**, le service médical (médecin, dentiste, hôpital, etc.) auquel le traitement est demandé;

en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;

au **Liechtenstein**, l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale);

en **Norvège**, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance). Une assistance peut être demandée sans contact préalable avec ladite institution;

en **Suisse**, la «Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents – Schweizerische Unfallversicherungsanstalt – Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio», à Lucerne. L'assistance du service médical (hôpital, médecin, dentiste) peut être demandée sans contact préalable avec ladite institution.

NOTES

- (¹) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (²) Remplir uniquement lorsque le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé. Si celui-ci se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.
- (³) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁴) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

DEMANDE D'ALLOCATION DE DÉCÈS

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 65
Règlement (CEE) n° 574/72: article 78

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1.	Je soussigné/e:	
1.1	Nom(s) de famille (2):	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
1.2	Prénom(s):	Date de naissance:
1.3	N° d'identification personnel:	
1.4	Institution auprès de laquelle je suis assuré/e (3)(4):	
1.5	Lien de parenté avec le défunt:	
1.6	Adresse:	

2. demande à bénéficier d'une allocation en raison du décès de la personne suivante (5):

3.		
3.1	Nom(s) de famille:	Nom(s) à la naissance (si différent):
3.2	Prénom(s):	Date de naissance:
3.3	N° d'identification personnel:	
3.4	Date du décès:	
3.5	Cause du décès: <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> acte de tiers responsable <input type="checkbox"/> autres causes	
3.6	Institution par laquelle le défunt était assuré (3)(4):	

4. Le demandeur d'allocation était n'était pas à la charge du défunt
5. Le défunt était n'était pas à la charge du demandeur d'allocation
6. Le défunt était n'était pas hébergé contre rétribution
 par le demandeur d'allocation
 dans un établissement dont le demandeur d'allocation est le gestionnaire, un membre du personnel ou un pensionnaire (6)
7. Le demandeur d'allocation est n'est pas entrepreneur de pompes funèbres, préposé ou mandataire de cet entrepreneur (6)(7)
Le demandeur d'allocation est n'est pas une personne morale de droit privé, qui en exécution d'un contrat d'assurance a pris en charge une partie ou la totalité des frais (6)
8. Les frais funéraires s'élèvent à (8); ils ont été payés par
9. Vous trouverez en annexe les documents suivants:

10. Veuillez verser le montant dû sur mon compte n° IBAN
auprès de la/du (Code BIC/SWIFT)
à/au/en⁽⁹⁾
11. Date:
- 11.1 Signature:

Indications 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 du lieu où vous résidez, c'est-à-dire:
 - en **Belgique**, une mutualité de votre choix;
 - en **République tchèque**, l'«Úřad práce» (Office de l'emploi) du lieu de résidence ou de séjour;
 - au **Danemark**, l'«Indenrigs- og Sundhedsministeriet» (ministère de l'intérieur et de la santé), à Copenhague;
 - en **Grèce**, l'office local de l'Institut des assurances sociales (IKA);
 - en **Espagne**, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de résidence;
 - en **France**, l'organisme qui sert ou servirait les prestations en nature de l'assurance maladie;
 - en **Irlande**, le «Department of Social Welfare» (ministère de la prévoyance sociale), à Dublin;
 - en **Italie**, le siège provincial de l'INAIL;
 - en **Lettonie**, le «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agence d'assurance sociale de l'État);
 - en **Lituanie**, le «Savivaldybės socialinės paramos skyrius» (Office municipal d'assistance sociale) du lieu de résidence ou de séjour;
 - au **Luxembourg**, l'Union des caisses de maladie;
 - en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour votre lieu de résidence;
 - en **Pologne**, le «Zakład Ubezpieczeń Społecznych» (Institut d'assurance sociale – ZUS), office ayant une compétence territoriale sur le lieu de résidence ou de séjour, et pour les agriculteurs, la branche régionale compétente du «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego» (Fonds d'assurance sociale pour l'agriculture – KRUS), le «Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji» (Office de pension du ministère des affaires intérieures et de l'administration – l'organisme de liaison pour les régimes spécifiques);
 - au **Portugal, pour le continent**: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; **pour Madère**: «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; **pour les Açores**: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;
 - en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZZ) (Institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence ou de séjour;
 - en **Slovaquie**, l'«úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Office de l'emploi, des affaires sociales et de la famille) du lieu de résidence ou de séjour de la personne décédée;
 - en **Finlande**, la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurance sociale), à Helsinki;
 - en **Suède**, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence ou de séjour;
 - en **Estonie**, la «Sotsiaalkindlustusamet» (Commission d'assurance sociale), à Tallinn;
 - en **Islande**, le «Tryggingastofun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;
 - au **Liechtenstein**, l'Office d'économie nationale;
 - en **Norvège**, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence ou de séjour;
 - en **Suisse**, l'«Institution commune LAMal – Istituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn.
- b) Vous devez joindre à votre demande les documents suivants:
- pour la **Belgique**, un extrait de l'acte de décès, délivré par l'administration communale;
les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
tout document prouvant le lien de parenté ou d'alliance avec le défunt ou, le cas échéant, la cohabitation avec lui;
 - pour le **Danemark**, l'acte de décès;
lire attentivement les «vejledning om ansøgning for begravelseshjælp» (instructions pour l'introduction d'une demande d'allocation de décès) que vous recevrez ultérieurement;
 - pour la **Grèce**, l'acte de décès, le livret de santé, les cartes d'assurances, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
 - pour l'**Espagne**, le certificat de décès; et
l'attestation de lien de parenté ou les factures acquittées des frais funéraires si le demandeur n'a pas de lien de parenté avec le défunt;
 - pour la **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;

- pour l'Irlande,* le certificat de décès,
le cas échéant le certificat de mariage,
le devis ou de décompte des frais funéraires ou le reçu de ces frais, si vous les avez payés;
- pour l'Italie,* le certificat de décès,
le document d'immatriculation,
l'état de famille s'il y a lieu;
- pour la Lettonie,* le certificat de décès;
- pour la Lituanie,* le certificat de décès;
- pour le 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;
- pour l'Autriche,* le certificat de décès,
les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
- pour la Pologne,* un certificat de décès, les factures originales des frais funéraires et une déclaration du demandeur pour certifier qu'aucune autre allocation correspondante n'est accordée;
- pour le Portugal,* le certificat de décès et les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
- pour la Slovénie:* — pour l'allocation funéraire: l'acte de décès ou un document attestant que le décès de la personne assurée a été enregistré, l'original de la facture relative aux frais funéraires,
— pour l'allocation de décès: l'acte de décès ou un document attestant que le décès de la personne assurée a été enregistré,
— en cas de décès du conjoint, le certificat de mariage,
— en cas de décès de l'un de ses parents, l'enfant doit fournir: un acte de naissance et un certificat d'inscription à l'école ou à l'université (s'il a plus de 18 ans),
— les demandeurs qui n'étaient pas assurés en tant que membres de la famille de la personne décédée sont tenus de présenter un document approprié attestant que celle-ci avait l'obligation de pourvoir à leurs besoins jusqu'à sa mort;
- pour la Slovaquie,* le certificat de décès; les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
- pour l'Estonie,* le certificat de décès,
si le demandeur est entrepreneur de pompes funèbres, une lettre de l'avoué de l'ayant droit aux prestations;
si le décès a lieu sur le territoire estonien, un certificat pour la demande d'allocation doit être annexé au certificat de décès;
- pour la Finlande,* le certificat de décès,
tout document prouvant le lien de parenté avec le défunt;
si le demandeur est entrepreneur de pompes funèbres, une lettre de l'avoué de l'ayant droit aux prestations;
- pour la Suède,* le certificat de décès,
le certificat attestant la cause du décès;
- pour le Liechtenstein,* le certificat de décès,
le certificat attestant la cause du décès,
les factures acquittées relatives aux frais funéraires;
- pour la Norvège,* le certificat de décès.

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (3) À indiquer uniquement quand il s'agit d'un travailleur ou d'un titulaire (ou demandeur) de pension ou de rente.
- (4) Indiquer la dénomination et l'adresse.
- (5) Pour les besoins des institutions portugaises, remplir la feuille intercalaire.
- (6) À compléter lorsque l'allocation est demandée au titre de la législation belge, si le demandeur d'allocation n'est pas le conjoint, ou un parent ou allié jusqu'au troisième degré du défunt.
- (7) Si le demandeur d'allocation est entrepreneur de pompes funèbres, une lettre de l'avoué de l'ayant droit aux prestations doit être envoyée lorsque l'allocation est demandée au titre de la législation finlandaise ou estonienne.
- (8) À indiquer dans la monnaie du pays de résidence du demandeur d'allocation.
- (9) Ne s'applique pas aux institutions irlandaises.

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS PORTUGAISES**

1.	Conjoint		
1.1	État civil		
	<input type="checkbox"/> veuf/veuve	<input type="checkbox"/> remarié/e	<input type="checkbox"/> divorcé/e
1.2	Lors du décès, vivait-il/elle sous le toit et à la charge de l'assuré?		
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

2.	Enfants ayant droit aux allocations familiales				
	Nom(s) de famille	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance	Enfant handicapé
2.1	.....	.....	.....	.....	.....

2.2	.....	.....	.....	.....	.....

2.3	.....	.....	.....	.....	.....

2.4	.....	.....	.....	.....	.....

2.5	.....	.....	.....	.....	.....

2.6	.....	.....	.....	.....	.....

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 36.1 et 2; article 63.1; article 87.1
Règlement (CEE) n° 574/72: article 93.1, 2, 4 et 5; article 105.1

Veillez remplir un formulaire par bénéficiaire.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1. Facture n° 1^{er} semestre 2^e semestre de l'exercice 20

2. Institution compétente destinataire

2.1 Dénomination:

2.2 N° d'identification de l'institution:

2.3 Adresse:

3. Bénéficiaire

3.1 Nom(s) de famille⁽²⁾:

3.2 Nom(s) de famille à la naissance (si différent):

3.3 Prénom(s): Date de naissance:

.....

.....

3.4 N° d'identification personnel⁽³⁾:

a) attribué par l'institution compétente
.....

b) attribué par l'institution créancière
.....

3.5 L'assuré est

un travailleur salarié

un travailleur non salarié

un travailleur frontalier (salarié)

un travailleur frontalier (non salarié)

un travailleur au chômage

4. La personne indiquée ci-dessus a reçu des prestations sur la base du document suivant:

4.1 Carte européenne d'assurance maladie n°: valable jusqu'au:

Certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie n°:
daté du: valable du au

Formulaire E..... daté du valable du au

4.2 La personne indiquée ci-dessus a subi l'examen médical demandé le

5.	Dépenses effectuées	Montant ⁽⁴⁾
5.1	Pour prestations en nature servies du..... au .....	.....
	pour cause de ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident de la vie privée <input type="checkbox"/> accident du travail ou maladie professionnelle	
5.2	Soins médicaux	.....
5.3	Soins dentaires	.....
5.4	Médicaments	.....
5.5	Hospitalisation	.....
	du..... au	
	du..... au	
5.6	Autres prestations ⁽⁶⁾
	
5.7	Total des prestations en nature	.....
5.8	Contrôles médicaux⁽⁷⁾
	
	
5.9	Pour prestations en espèces servies du..... au .....	.....
5.10	Total des dépenses	.....
	
	

6.	Institution créancière	
6.1	Dénomination:.....	
6.2	N° d'identification de l'institution:	
6.3	Adresse:.....	
	
6.4	Cachet ⁽⁸⁾	6.5 Date:
	.....	6.6 Signature:
	

7.	Réservé à l'institution du pays compétent

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (3) Lorsque le bénéficiaire est un membre de la famille inscrit au moyen du formulaire E 106, veuillez indiquer le numéro d'identification personnel de l'assuré.
- (4) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.
- (5) Pour les besoins des institutions suisses.
- (6) Indiquer la nature des prestations: soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermale, ambulance, moyens complémentaires de diagnostic, etc.
- (7) Indiquer la nature des contrôles médicaux ou des expertises médicales effectués.
- (8) Il n'est pas nécessaire d'apposer un cachet sur un formulaire signé et envoyé par voie électronique.
-

TARIFICATION EN VUE DU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 22.1 a i; article 22.3; article 31 a; article 34 bis
Règlement (CEE) n° 574/72: article 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les pointillés. Il se compose de trois pages.

A. Demande

1.	Institution destinataire (²)
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:

2.	<input type="checkbox"/> Ayant droit
2.1	Nom(s) de famille (³):
2.2	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
2.3	Prénom(s): Date de naissance:

2.4	N° d'identification personnel:
2.5	L'assuré est/était:
	<input type="checkbox"/> un travailleur salarié
	<input type="checkbox"/> un travailleur non salarié
	<input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (salarié)
	<input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (non salarié)
	<input type="checkbox"/> un travailleur au chômage

3.	Membres de la famille ayant reçu les soins:
3.1	Nom(s) de famille (³):
3.2	Prénom(s): Date de naissance:
3.3	N° d'identification personnel:

4.	La personne indiquée ci-dessus
4.1	durant un séjour à/au/en (pays)
4.2	à (localité)
4.3	a payé elle-même les prestations qui lui ont été nécessaires (indiquer la nature de celles-ci):

5. 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. Uniquement pour le Luxembourg, indiquer également le montant de la participation officielle à supporter par l'assuré.

6. Ci-joint quittances.

7.	Institution compétente		
7.1	Dénomination:		
7.2	N° d'identification de l'institution:		
7.3	Adresse:		
7.4	Cachet	7.5	Date:
		7.6	Signature:

B. Réponse

8. Vous trouverez en annexe quittances tarifées selon votre demande

9. Montant à rembourser Pas de remboursement

10.	Observations:

11.	Institution du lieu de séjour		
11.1	Dénomination:		
11.2	N° d'identification de l'institution:		
11.3	Adresse:		
11.4	Cachet	11.5	Date:
		11.6	Signature:

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Si l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations en nature n'est pas connue, le formulaire peut être adressé à l'organisme de liaison du pays de séjour, c'est-à-dire:
- en **Belgique**, l'*Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami)*, à Bruxelles;
- en **République tchèque**, le «*CMU*» (*Centre des remboursements internationaux*), à Prague;
- au **Danemark**, l'*Indenrigs – og Sundhedsministeriet* (ministère de l'intérieur et de la santé), à Copenhague;
- en **Allemagne**, la «*DVKA*» (*Agence de liaison allemande pour l'assurance santé – affaires internationales*), à Bonn;
- en **Estonie**, l'*Eesti Haigekassa* (*Fonds d'assurance maladie estonien*);
- en **Grèce**, l'*office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA)*; pour les gens de mer, la *caisse de retraite des marins (NAT)*;
- en **Espagne**, l'*Instituto Nacional de la Seguridad Social* (*l'Institut national de la sécurité sociale*), à Madrid;
- en **France**, le «*Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale*», à Paris;
- en **Irlande**, le «*Department of Health*» (*ministère de la santé*), à Dublin;
- en **Italie**, le «*Ministero della Sanità*» (*ministère de la santé*), à Rome;
- à **Chypre**, le «*Υπουργείο Υγείας*» (*ministère de la santé*), à 1448 Nicosie;
- en **Lettonie**, le «*Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*» (*Agence nationale d'assurance maladie obligatoire*), à Riga;
- en **Lituanie**, le «*Valstybinė ligonių kasa*» (*Fonds national des patients*), à Vilnius;
- au **Luxembourg**, l'*Union des caisses de maladie*, à Luxembourg;
- à **Malte**, l'*«Entitlement Unit» (unité Droits) du ministère de la santé*, 23, St. John Street, La Valette;
- en **Hongrie**, l'*«Országos Egészségbiztosítási Pénztár»* (*fonds national d'assurance pension*), à Budapest;
- aux **Pays-Bas**, l'*«Agis Zorgverzekerings»*, à Utrecht;
- en **Autriche**, la «*Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*» (*Union des institutions d'assurances sociales*), à Vienne;
- en **Pologne**, le «*Narodowy Fundusz Zdrowia*» (*le fonds de santé national*), à Varsovie;
- au **Portugal**, le «*Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social*» (*ministère des relations internationales et des conventions de sécurité sociale*), à Lisbonne;
- en **Slovénie**, la «*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija*» (*Direction de l'Institut d'assurance maladie de Slovénie*), à Ljubljana;
- en **Slovaquie**, l'*«Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou»* (*Autorité de contrôle des soins de santé*), à Bratislava;

en **Suède**, le «Riksförsäkringsverket» (Office des assurances sociales), à Stockholm;
en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;
en **Finlande**, la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurance sociale), à Helsinki;
au **Liechtenstein**, l'«Amt für Volkswirtschaft» (l'Office d'économie nationale), à Vaduz;
en **Norvège**, le «Rikstrygdeverket» (Office national d'assurance), à Oslo;
en **Suisse**, l'«Institution commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG – Istituzione commune LAMal», à Solothurn.

(³) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

RELEVÉ INDIVIDUEL DES FORFAITS MENSUELS

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 36.1 et 2
Règlement (CEE) n° 574/72: article 94; article 95

Le présent formulaire est établi pour l'ensemble d'une année civile par l'institution de résidence. Celle-ci l'adresse à l'institution compétente par l'intermédiaire de l'organisme désigné pour l'application de l'article 102, paragraphe 2, du règlement (CEE) n° 574/72.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il convient d'établir un formulaire distinct pour chaque titulaire de pension ou de rente et chaque membre de sa famille.

1.	Relevé n°	de l'année 20 ⁽²⁾
----	-----------------	------------------------------------

2.	Institution compétente
2.1	Dénomination:
2.2	N° d'identification de l'institution:
2.3	Adresse:

3.	Le droit aux prestations en nature est ouvert du chef du
	<input type="checkbox"/> travailleur salarié <input type="checkbox"/> titulaire de pension ou de rente
	<input type="checkbox"/> travailleur non salarié
3.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :
3.2	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
3.3	Prénom(s): Date de naissance:
3.4	N° d'identification personnel attribué par l'institution compétente:
3.5	N° d'identification personnel attribué par l'institution créancière:

4.	Le présent relevé individuel concerne:
4.1	<input type="checkbox"/> la famille de la personne désignée au cadre 3 résidant à l'adresse suivante:
4.2	<input type="checkbox"/> le titulaire de pension ou de rente désigné au cadre 3 et résidant à l'adresse suivante:
4.3	<input type="checkbox"/> le membre de la famille, désigné ci-dessous, du titulaire de pension ou de rente désigné au cadre 3
	<input type="checkbox"/> le membre de la famille, désigné ci-dessous, de la personne désignée au cadre 3 ⁽⁴⁾
4.3.1	Nom(s) de famille ⁽³⁾ :
4.3.2	Prénom(s): Date de naissance:
4.3.3	Adresse:
4.3.4	N° d'identification personnel attribué par l'institution compétente:
4.3.5	N° d'identification personnel attribué par l'institution créancière:

5. Le droit aux prestations en nature des membres de la famille du travailleur indiqué ci-dessus, ou du titulaire de pension ou de rente indiqué ci-dessus et des membres de sa famille, a été attesté par votre formulaire

E du (date)

6. Pour la période pendant laquelle ce droit a subsisté

(du au)

- 6.1 Le nombre de forfaits mensuels est de

- 6.2 par famille, quel que soit le nombre de membres, en appliquant un seul tarif;
 par titulaire de pension ou de rente et membre de sa famille – pour chaque formulaire E et application du même tarif pour le titulaire de pension ou de rente et les membres de sa famille;
 par tête⁽⁴⁾.

7. Institution créancière

7.1 Dénomination:

7.2 N° d'identification de l'institution:

7.3 Adresse:

.....

7.4 Cachet⁽⁵⁾: 7.5 Date:

7.6 Signature:

.....

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse
- (2) L'année à indiquer est celle pendant laquelle les prestations ont été servies.
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) En cas de régime spécial de paiement forfaitaire.
- (5) Il n'est pas nécessaire d'apposer un cachet sur un formulaire signé et envoyé par voie électronique.