Dit document vormt slechts een documentatiehulpmiddel en verschijnt buiten de verantwoordelijkheid van de instellingen

►**B**

BESLUIT Nr. 153

van 7 oktober 1993

betreffende de modelformulieren ten behoeve van de toepassing van de Verordeningen (EEG) nr. 1408/71 en (EEG) nr. 574/72 van de Raad (E 001, E 103-E 127)

(Voor de EER relevante tekst)

(94/604/EG)

(PB L 244 van 19.9.1994, blz. 22)

Gewijzigd bij:

		Publicatieblad		
		nr.	blz.	datum
►**M1**	Besluit 98/441/EG nr. 166 van 2 oktober 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	Besluit 98/443/EG nr. 168 van 11 juni 1998	L 195	37	11.7.1998

▼B

BESLUIT Nr. 153

van 7 oktober 1993

betreffende de modelformulieren ten behoeve van de toepassing van de Verordeningen (EEG) nr. 1408/71 en (EEG) nr. 574/72 van de Raad (E 001, E 103-E 127)

(Voor de EER relevante tekst)

(94/604/EG)

DE ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAM MIGRERENDE WERKNEMERS,

Gelet op artikel 81, onder a), van Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, op grond waarvan de Administratieve Commissie tot taak heeft alle vraagstukken van administratieve aard, voortvloeiende uit Verordening (EEG) nr. 1408/71 en latere verordeningen, te behandelen,

Gelet op artikel 2, lid 1, van Verordening (EEG) nr. 574/72 van de Raad van 21 maart 1972, op grond waarvan de Administratieve Commissie de modellen van de bewijsstukken, verklaringen, aangiften, aanvragen en andere documenten welke voor de toepassing van de verordeningen nodig zijn, vaststelt,

Gelet op Besluit nr. 130 van 17 oktober 1985, waarin de modelformulieren zijn vastgesteld en aangepast ten behoeve van de toepassing van de verordeningen,

Overwegende dat deze modelformulieren eveneens dienen te worden aangepast teneinde rekening te houden met de in de wetgevingen van de Lid-Staten aangebrachte wijzigingen;

Overwegende dat door de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte van 2 mei 1992, aangepast bij het protocol van 17 maart 1993, in bijlage VI de Verordeningen (EEG) nr. 1408/71 en (EEG) nr. 574/72 binnen de Europese Economische Ruimte van toepassing worden verklaard;

Overwegende dat ingevolge een besluit van het Gemengd Comité van de EER de voor de toepassing van de Verordeningen (EEG) nr. 1408/71 en (EEG) nr. 574/72 noodzakelijke modelformulieren aangepast en binnen de Europese Economische Ruimte toegepast moeten worden;

Overwegende dat het om praktische redenen gewenst is in de Europese Gemeenschappen en in de Europese Economische Ruimte gelijkvormige formulieren te gebruiken;

Overwegende dat bij de aanpassing van deze formulieren rekening moet worden gehouden met Liechtenstein met het oog op de op een later tijdstip te verwachten toetreding van Liechtenstein tot de EER;

Overwegende dat de taal waarin de formulieren worden opgesteld is vastgesteld bij Aanbeveling nr. 15 van de Administratieve Commissie,

BESLUIT:

1. De in Besluit nr. 130 opgenomen modelformulieren E 001 en E 103 tot en met E 127 worden vervangen door bijgaande modellen.

2. De bevoegde autoriteiten van de Lid-Staten stellen de formulieren volgens bijgaande modellen ter beschikking van de betrokkenen (rechthebbenden, organen, werkgevers, enz.)

3. Ieder formulier is verkrijgbaar in de officiële talen van de Gemeenschappen en is zodanig gedrukt dat de verschillende versies elkaar geheel dekken, zodat elke geadresseerde (rechthebbende, orgaan, werkgever, enz.) het formulier in zijn eigen taal kan ontvangen.

▼B

4. Dit besluit is van toepassing vanaf de eerste dag van de op de bekendmaking in het *Publikatieblad van de Europese Gemeenschappen* volgende maand.

De voorzitter van de Administratieve Commissie

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Lijst van formulieren

E 001 — Verzoek om inlichtingen, mededeling van inlichtingen, verzoek om formulieren, rappel betreffende een werknemer, een zelfstandige, een grensarbeider, een pensioentrekker, een aanvrager van een pensioen, een werkloze, een rechthebbende

E 103 — Uitoefening van het recht van keuze

E 104 — Verklaring betreffende de samentelling van tijdvakken van verzekering, arbeid of wonen

E 105 — Verklaring betreffende de gezinsleden van de werknemer of de zelfstandige die in aanmerking moeten worden genomen voor de berekening van de uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid

E 106 — Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen wegens ziekte en moederschap van verzekerden die in een ander dan het bevoegde land wonen

E 107 — Aanvraag van een verklaring inzake het recht op verstrekkingen

E 108 — Kennisgeving van schorsing of intrekking van het recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering

E 109 — Verklaring voor de inschrijving der gezinsleden van de werknemer of de zelfstandige en het bijhouden van de inventarissen

E 110 — Verklaring voor werknemers bij het internationale vervoer

E 111 — Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen bij verblijf in een Lid-Staat van de EG

E 112 — Verklaring betreffende het behoud van het recht op lopende verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering

E 113 — Opneming in een ziekenhuis — kennisgeving van opneming en ontslag

E 114 — Verstrekking van prothesen, hulpmiddelen van grotere omvang, enz.

E 115 — Aanvraag om uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid

E 116 — Geneeskundige verklaring in geval van arbeidsongeschiktheid (ziekte, moederschap, arbeidsongeval, beroepsziekte)

E 117 — Toekenning van uitkeringen bij moederschap en bij arbeidsongeschiktheid

E 118 — Kennisgeving van niet-constateren of einde van de arbeidsongeschiktheid

E 119 — Verklaring inzake het recht van werklozen en hun gezinsleden op uitkeringen en verstrekkingen krachtens de ziekte- en moederschapsverzekering

E 120 — Verklaring betreffende het recht van aanvragers van pensioen of rente en van hun gezinsleden op verstrekkingen

E 121 — Verklaring voor de inschrijving van de rechthebbenden op pensioen of rente en het bijhouden van de inventarissen

E 122 — Verklaring voor het verlenen van verstrekkingen aan gezinsleden van rechthebbenden op pensioen of rente

E 123 — Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen van de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering

E 124 — Aanvraag om uitkering bij overlijden

E 125 — Individuele opgave van de werkelijke uitgaven

E 126 — Tarieven voor de vergoedingen van verstrekkingen

E 127 — Individuele opgave van de maandelijkse vaste bedragen

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 4

E 001 ☐ (1)

☐ **Verzoek om inlichtingen**
☐ **Mededeling van inlichtingen**
☐ **Verzoek om formulieren**
☐ **Rappel**

betreffende
☐ **een werknemer**
☐ **een zelfstandige**
☐ **een grensarbeider**
☐ **een pensioentrekker**
☐ **een aanvrager van een pensioen**
☐ **een werkloze**
☐ **een rechthebbende**

V. 1408/71: art. 84

Het verzendende orgaan vult deel A in en zendt twee exemplaren van het formulier aan het geadresseerde orgaan. Dit orgaan vult deel B in en zendt een exemplaar aan het verzendende orgaan terug. Het formulier wordt gebruikt als aanvulling op andere formulieren of voor de uitwisseling van gegevens die niet formeel in het kader van de andere formulieren zijn voorzien; dit formulier kan geen enkel ander formulier vervangen.

Deel A

1 Orgaan waarvoor het formulier bestemd is

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....

2 Inlichtingen betreffende de verzekerde (3)

2.1 Familienaam (4): .....
2.2 Geboortenaam (4): .....
2.3 Voornamen (5): .....
2.4 Vroeger gevoerde namen (6): .....
2.5 Geslacht (7): .....

3 Nationaliteit (8): ..... D.N.I. (9): .....

4 Geboorte

4.1 Datum (10): .....
4.2 Plaats (11): .....
4.3 Provincie of departement (12): .....
4.4 Land (13): .....

5 Inschrijvingsnummer

5.1 bij het verzendende orgaan: .....
5.2 bij het orgaan waarvoor het formulier bestemd is: .....

6 Adres (2): .....
.....

7 Inlichtingen betreffende het dossier

7.1 Aard van de prestatie
.....
7.2 Dossiernummer bij het verzendende orgaan
.....
7.3 Dossiernummer bij het orgaan waarvoor het formulier bestemd is
.....

▼B

E 001

8 Rechthebbende (14)

8.1 Familienaam (4)
.....

8.2 Voornamen
.....
Geboortenaam (4)
.....

8.3 Geboorteplaats (11)
.....
Geboortedatum
.....

8.4 Geslacht
.....
Nationaliteit
.....
D.N.I. (9)
.....

8.5 Adres (2):
.....
.....

9 ☐ Verzoek ☐ Rappel van het verzoek van .....

Wilt U ons voor de persoon genoemd in vak ☐ 2 ☐ 8 toezenden:

9.1 ☐ het (de) volgende formulier(en): .....

9.2 ☐ het (de) volgende document(en): .....
.....

9.3 ☐ de volgende inlichting(en): .....
.....

9.4 Reden van het verzoek: .....

10 Verandering in de omstandigheden: de volgende veranderingen zijn opgetreden

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

11 Diversen

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

12 Orgaan dat deel A invult

12.1 Naam: ..... Codenummer (15):.....

12.2 Adres (2): .....
.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Handtekening
.....

▼B

E 001

Deel B

13

Ingevolge Uw verzoek van ..... doen wij U hierbij toekomen:

13.1 ☐ het (de) volgende formulier(en): .....

13.2 ☐ het (de) volgende document(en): .....

.....

13.3 ☐ de volgende inlichtingen: .....

.....

14

Ingevolge Uw verzoek van .....

delen wij U mede dat wij niet in staat zijn U toe te zenden:

14.1 ☐ het (de) volgende formulier(en): .....

14.2 ☐ het (de) volgende document(en): .....

14.3 ☐ de gevraagde inlichtingen

14.4 ☐ Reden: .....

.....

.....

15 Diversen

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ Ingevolge Uw verzoek van .....

bevestigen wij de ontvangst van de in vak 10 vermelde inlichtingen

17 Orgaan dat deel B invult

17.1 Naam: ..... Codenummer ([15]): .....

17.2 Adres ([2]): .....

.....

17.3 Stempel

17.4 Datum: .....

17.5 Handtekening

.....

▼B

E 001

AANWIJZINGEN

Dit formulier, bestaande uit 4 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3) De rubrieken 2.1 t/m 2.7 betreffende de identificatie dienen voor zover nodig te worden ingevuld.

(4) — Voor de familienaam de gebruikelijke naam vermelden of de door het huwelijk verkregen naam. Bij invulling door een Nederlands orgaan, als de verzekerde respectievelijk de rechthebbende een gehuwde of gehuwd geweest zijnde vrouw is, voor de familienaam de naam van de tegenwoordige of laatste echtgenoot vermelden.
— De geboortenaam moet steeds worden vermeld; wanneer de familienaam en de geboortenaam gelijk zijn, eventueel „idem" vermelden. Bij invulling door een Nederlands orgaan, als de verzekerde respectievelijk de rechthebbende een gehuwde of gehuwd geweest zijnde vrouw is, voor de geboortenaam de meisjesnaam vermelden.
— De toevoegingen „genaamd" en „alias" en de voor- en achtervoegsels moeten volledig en in de volgorde van de burgerlijke stand worden vermeld.
— Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
— Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze zijn opgenomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(5) Alle voornamen in de volgorde van de burgerlijke stand vermelden.

(6) Met name vermelden bij adoptie of bijnamen wanneer deze gewoonlijk worden gebruikt; de toevoegingen „genaamd" en „alias" en de voor- en achtervoegsels moeten volledig worden opgenomen in de volgorde van de burgerlijke stand.

(7) Vermelden: M = mannelijk; F = vrouwelijk.

(8) Indien van toepassing de datum van de naturalisatie vermelden.

(9) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, ook wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.

(10) Dag en maand moeten elk met twee cijfers worden uitgedrukt, het jaar met vier cijfers (Voorbeeld: 1 augustus 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Voor de Franse steden die verscheidene arrondissementen omvatten, dient het nummer van het arrondissement te worden vermeld (Voorbeeld: Parijs 14). Voor Portugese steden ook de parochie en de gemeente vermelden.

(12) Verplicht voor verzekerden met de Spaanse, Franse of Italiaanse nationaliteit; deze rubriek bevat naar gelang van het land de vermelding van de provincie of het departement van de geboorteplaats (Voorbeeld: in Frankrijk voor de geboorteplaats: Lille, dient te worden vermeld het departement van geboorte: Nord, alsmede de code van het departement, wanneer de verzekerde deze kent, in dit geval dus: 59. De inlichting moet derhalve zijn: Nord 59.). Voor in Spanje geboren personen alleen de provincie vermelden.

(13) Initiaal van het geboorteland van de verzekerde volgens de internationale registratie van motorvoertuigen.

(14) Invullen indien van toepassing.

(15) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 103 ☐ (1)

UITOEFENING VAN HET RECHT VAN KEUZE

V 1408/71: art. 16.2 en 3
V 574/72: art. 13.2 en 3; art. 14.1 en 2

Nadat de werknemer deel A van het formulier overeenkomstig het bepaalde sub a) en b) van de aanwijzingen heeft ingevuld overhandigt of verzendt hij het formulier overeenkomstig het bepaalde sub a) en c) van de aanwijzingen. Het orgaan dat het formulier ontvangt vult deel B in en doet een exemplaar aan de werkgever toekomen.

A. Keuze

1 Ondergetekende

1.1 Naam (1 bis) .....

1.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) .....

1.3 Geboortedatum ..... Nationaliteit ..... D.N.I. (1 ter) .....

1.4 Adres (2): .....

.....

1.5 Identificatienummer (1 quater): .....

2 werkzaam sedert .....

2.1 (3) ☐ als ..... bij de volgende diplomatieke missie/consulaire post

.....

2.2 (3) ☐ als (4) .....

in persoonlijke dienst van de volgende werkgever (5): .....

ambtenaar van de diplomatieke missie/consulaire post: .....

2.3 (3) ☐ als hulpfunctionaris van de Europese Gemeenschappen

3 kiest voor toepassing van de sociale verzekeringswetgeving van

3.1 (6) ☐ de Staat waarvan hij onderdaan is

3.2 (6) ☐ de Staat welks wetgeving het laatst op hem van toepassing was, t.w.

(6) ☐ België ☐ Denemarken ☐ Duitsland ☐ Griekenland ☐ Spanje

(6) ☐ Frankrijk ☐ Ierland ☐ Italië ☐ Luxemburg ☐ Nederland

(6) ☐ Portugal ☐ Verenigd Koninkrijk

(6) ☐ Oostenrijk ☐ Finland ☐ IJsland ☐ Liechtenstein ☐ Noorwegen

(6) ☐ Zweden

4 Plaats en datum: .....

5 Handtekening

.....

6 Autoriteit van de Europese Gemeenschappen die de arbeidsovereenkomst met de hulpfunctionaris heeft gesloten

6.1 Naam: .....

6.2 Adres (2): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Handtekening

.....

▼B

E 103

B. Bevestiging

7 Wij hebben er kennis van genomen dat op de in vak 1 genoemde werknemer de wetgeving van

(6) ☐ België ☐ Denemarken ☐ Duitsland ☐ Griekenland ☐ Spanje
(6) ☐ Frankrijk ☐ Ierland ☐ Italië ☐ Luxemburg ☐ Nederland
(6) ☐ Portugal ☐ Verenigd Koninkrijk
(6) ☐ Oostenrijk ☐ Finland ☐ IJsland ☐ Liechtenstein ☐ Noorwegen
(6) ☐ Zweden

van toepassing is

7.1 met ingang van .....

7.2 voor het tijdvak gedurende hetwelk hij de in deel A vermelde betrekking vervult (7).

8 Door de bevoegde autoriteit aangewezen orgaan

8.1 Naam: .....

8.2 Adres (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Handtekening

.....

▼B

E 103

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in drievoud in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Voor het personeel van diplomatieke missies of consulaire posten en de particuliere bedienden die in hun dienst zijn

a) Nadat U deel A met uitzondering van vak 6 hebt ingevuld moet U een exemplaar van dit formulier aan Uw werkgever overhandigen en twee exemplaren toezenden aan het door de bevoegde autoriteit van de Staat voor wiens wetgeving U gekozen hebt aangewezen orgaan en wel:

in **België,** *Rijksdienst voor sociale zekerheid te Brussel;*

in **Denemarken,** *„Direktoratet for Social Sikring og Bistand" (Nationaal directoraat voor Sociale Zekerheid en Bijstand) te Kopenhagen;*

in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn" (AOK Bonn, Algemeen plaatselijk ziekenfonds Bonn) te Bonn;*

in **Griekenland,** *het regionaal of plaatselijk bureau van het instituut voor sociale verzekeringen (IKA);*

in **Spanje,** *„Tesoreria General de la Securidad Social — Ministerio de Trabajo y Seguridad Social" (Algemene Kas voor Sociale Zekerheid — Ministerie van Arbeid en Sociale Zekerheid) te Madrid;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance maladie de Paris" (Plaatselijk ziekenfonds voor Parijs) te Parijs;*

in **Ierland,** *„Department of Social Welfare" (Ministerie van Sociale Zekerheid) te Dublin;*

in **Italië,** *de bevoegde plaatselijke zetel van het „Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)" (Nationaal instituut voor sociale voorzieningen);*

in **Luxemburg,** *„Inspection générale de la Sécurité Sociale" (Algemene inspectie van de sociale zekerheid) te Luxemburg;*

in **Nederland,** *„Sociale Verzekeringsraad" te Zoetermeer;*

in **Portugal,** *„Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Ministerie van Buitenlandse Betrekkingen en Verdragen inzake Sociale Zekerheid) te Lissabon;*

in het **Verenigd Koninkrijk,** *„Department of Social Security, Contributions Agency, Overseas Contributions" (Ministerie van Sociale Zekerheid, Bureau Bijdragen, Dienst internationale bijdragen) te Newcastle-upon-Tyne of „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Bureau Sociale Zekerheid voor Noord-Ierland, Afdeling Buitenland) te Belfast, naar gelang van het geval;*

in **Oostenrijk,** *het bevoegde orgaan van de ziekteverzekering;*

in **Finland,** *„Eläketurvakeskus" (Centraal Instituut van de Pensioenverzekering) te Helsinki;*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *„Folketrygdkontoret for Utenlandssaker" (Nationaal Verzekeringskantoor voor Buitenlandse Aangelegenheden) te Oslo;*

in **Zweden,** *„Riksförsäkringsverket" (Nationale Sociale Zekerheidsdienst) te Stockholm.*

Voor de autoriteit van de Europese Gemeenschappen die bevoegd is tot het sluiten van een arbeidsovereenkomst met hulpfunctionarissen

b) Bij de indienstneming van de hulpfunctionaris dient de bevoegde autoriteit van de Europese Gemeenschappen, indien de hulpfunctionaris gebruik wenst te maken van zijn recht van keuze, deel A van dit formulier door hem he te laten invullen, met uitzondering van vak 6 dat deze autoriteit zelf moet invullen.

c) Twee exemplaren van het formulier moeten worden toegezonden aan het hiertoe door de bevoegde autoriteit van de Lid-Staat voor wiens wetgeving de betrokkene gekozen heeft, aangewezen orgaan (zie punt a)).

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(1bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen op de identiteitskaart of het paspoort.

(1ter) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.

(1quater) Voor werknemers die onder de Belgische wettelijke regeling vallen het identificatienummer van het Rijksregister vermelden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land, telefoonnummer.

(3) De opgaven sub 2.1, 2.2 of 2.3 verstrekken overeenkomstig de positie van de werknemer die het formulier invult en een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen.

(4) De hoedanigheid van de betrokkene vermelden: chauffeur, kok, enz.

(5) Naam en voornamen van de werkgever vermelden.

(6) Een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen. Werknemers in dienst van diplomatieke missies of consulaten alsmede zij die in persoonlijke dienst zijn van ambtenaren van dergelijke missies of consulaten kunnen slechts kiezen voor de wettelijke regeling van sociale zekerheid van de Staat waarvan zij onderdaan zijn.

(7) Werknemers in dienst van diplomatieke missies of consulaten alsmede zij die in persoonlijke dienst zijn van ambtenaren van dergelijke missies of consulaten kunnen aan het einde van ieder dienstjaar hun keuze opnieuw bepalen.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 104 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE DE SAMENTELLING VAN TIJDVAKKEN VAN VERZEKERING, ARBEID OF WONEN

ziekte — moederschap — uitkering bij overlijden — tuberculose — invaliditeit

V 1408/71: art. 9.2; art. 18.1; art. 38.1; art. 64
V 574/72: art. 6.2; art. 16; art. 39.1 en 2; art. 79

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt twee exemplaren toe aan het orgaan van de laatste Lid-Staat waarvan de wetgeving op de betrokkene van toepassing was. Dit orgaan vult deel B in en zendt het formulier terug naar het orgaan dat het heeft verzonden. Indien het formulier op verzoek van de betrokkene wordt opgesteld vult het orgaan dat het formulier moet afgeven deel B in en reikt het formulier aan de betrokkene zelf uit of doet het hem toekomen.

Deel A

1 Orgaan waaraan het verzoek wordt gericht

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....
.....

2 Verzekerde

2.1 Naam (2 bis)
.....
2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....
2.3 Inschrijvingsnummer: .....
2.4 Vanaf de in rubriek 3.1 vermelde datum heeft de verzekerde werkzaamheden
☐ in loondienst ☐ als zelfstandige uitgeoefend in (3) .....
2.5 ☐ Naam of firmanaam laatste werkgever .....
☐ Laatste werkzaamheden als zelfstandige
.....
Adres (2): .....
.....
2.6 Vroegere werkgevers (4) ☐ Vroegere werkzaamheden als zelfstandige
(Naam of firmanaam en adres (2)) .....
.....
.....
.....
.....
.....

3 In verband met een aanvraag van bovengenoemde verzekerde, verzoeken wij U om mededeling van de tijdvakken van verzekering, arbeid of wonen
3.1 die hij van ..... af heeft vervuld
3.2 onder de wetgeving van Uw land voor het risico van:
☐ ziekte/moederschap (5) ☐ uitkering bij overlijden ☐ tuberculose
☐ invaliditeit (5 ter)

4 Bevoegd orgaan

4.1 Naam: ..... Codenummer (5 bis): .....
4.2 Adres (2): .....
.....
4.3 Stempel
4.4 Datum: .....
4.5 Handtekening
.....

▼B

E 104

Deel B

5	Verzekerde (6)		
5.1	Naam (2 bis)		
5.2	Voornamen	Vroeger gevoerde namen (2 bis)	Geboortedatum
5.3	Inschrijvingsnummer:		

6 De verzekerde genoemd in ☐ vak 2 ☐ vak 5

6.1 is in de ziekte- en moederschapsverzekering verzekerd geweest sedert de bij 3.1 genoemde datum ☐ (8 ter)

6.2 heeft ☐ gedurende de laatste drie jaren (8) ☐ gedurende de laatste vijf jaren (8 bis)

☐ sedert .....

7	de volgende tijdvakken van verzekering of arbeid vervuld voor de volgende prestaties	☐ (5) (7)			
7.1	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.2	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.3	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.4	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.5	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.6	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.7	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.8	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.9	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
7.10	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)

8	de volgende tijdvakken van wonen vervuld				
8.1	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.2	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.3	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.4	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.5	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.6	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.7	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.8	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.9	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)
8.10	van	t/m ..... (9)	voor (10) het risico van	.....	☐ (11)

9	Orgaan dat deel B heeft ingevuld	
9.1	Naam:	
9.2	Adres (2):	
9.3	Stempel	
9.4	Datum:	
9.5	Handtekening	

▼B

E 104

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(3) De Staat vermelden.

(4) Voor zover mogelijk invullen.

(5) Wanneer het orgaan waaraan het verzoek wordt gericht een Belgisch, Grieks, Frans of Liechtensteins orgaan is, het verzekerde risico aangeven door middel van de volgende code: N = verstrekkingen; E = uitkeringen.

(5 bis) Invullen indien beschikbaar.

(5 ter) Ten behoeve van Franse organen.

(6) Alleen invullen indien het formulier aan de betrokkene zelf wordt uitgereikt.

(7) Indien de verklaring voor een orgaan in Italië bestemd is teneinde uitkeringen bij tuberculose te verkrijgen en de betrokkene een geheel jaar geen premies heeft betaald, moeten alle door hem vervulde tijdvakken van verzekering worden vermeld.

(8) Alleen invullen indien het bevoegde orgaan een orgaan is van het Verenigd Koninkrijk.

(8 bis) Alleen invullen indien het bevoegde orgaan een orgaan is van Ierland.

(8 ter) Alleen invullen indien het bevoegde orgaan een orgaan is van België.

(9) Indien de verklaring bestemd is voor een Grieks orgaan vermelden door middel van de volgende code of het tijdvakken in loondienst of als zelfstandige betreft: D = in loondienst; I = als zelfstandige.
Indien de verklaring bestemd is voor een Duits of Luxemburgs orgaan de verzekeringstijdvakken in rubriek 7 specificeren met gebruikmaking van de volgende code: P = verplichte verzekering; F = vrijwillige verzekering.

(10) Het verzekerde risico aangeven door middel van de volgende code: A = ziekte of moederschap; B = (uitkering bij) overlijden; C = tuberculose; O = invaliditeit.

(11) Indien het bevoegde orgaan een Duits of Iers orgaan is of een orgaan van het Verenigd Koninkrijk of een Oostenrijks orgaan, in dit vakje een kruisje plaatsen voor zover het tijdvak van verzekering of van wonen een tijdvak van werkelijke arbeid vertegenwoordigt en aangeven of het werkzaamheden in loondienst of als zelfstandige betreft.

.....

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 105 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE DE GEZINSLEDEN VAN DE WERKNEMER OF DE ZELFSTANDIGE DIE IN AANMERKING MOETEN WORDEN GENOMEN VOOR DE BEREKENING VAN DE UITKERINGEN IN GEVAL VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

V. 1408/71: art. 23.3; art. 58.3
V. 574/72: art. 25.1 en 2; art. 70.1

In te vullen door het orgaan van de ziekteverzekering of door een aangewezen orgaan van de woonplaats van de gezinsleden en aan de werknemer uit te reiken.

1 ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige

1.1 Naam (1 bis) .....

1.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) ..... Geboortedatum .....

1.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2) .....

.....

1.4 Identificatienummer: .....

2 Gezinsleden van bovenvermelde verzekerde

	Naam (1 bis)	Voornamen	Vroeger gevoerde namen	Geboortedatum	Graad van verwantschap
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)

3 Orgaan van de woonplaats van de gezinsleden

3.1 Naam: .....

3.2 Adres (2): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Handtekening

.....

▼B

E 105

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

Aanwijzingen voor de verzekerde

a) *Wanneer U aanspraak kunt maken op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid in België, Duitsland, Griekenland, Frankrijk, Ierland, Portugal, het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk of Finland, in welke landen het bedrag van deze uitkeringen op grond van de wetgeving varieert of kan variëren naar gelang van het aantal gezinsleden, dient U deze verklaring over te leggen aan het orgaan waarbij U verzekerd bent.*

b) *De verklaring is geldig gedurende 12 maanden na de datum van afgifte (zie punt 3.4 van het formulier); bij het verstrijken van de geldigheidsduur kunt U een nieuw formulier aanvragen bij het orgaan van de woonplaats van Uw gezinsleden (zie punten 3.1 en 3.2 van het formulier).*

c) *U bent verplicht elke wijziging in de gegevens vermeld in deze verklaring onmiddellijk mede te delen aan het orgaan waarbij U verzekerd bent.*

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3) Voor een gezinslid ten laste van de werknemer het vakje aankruisen.

▼M1

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordening inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op blz. 3

E 106 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN WEGENS ZIEKTE EN MOEDERSCHAP VAN VERZEKERDEN DIE IN EEN ANDER DAN HET BEVOEGDE LAND WONEN

Werknemers, zelfstandigen en inwonende gezinsleden; gezinsleden van werklozen

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19, lid 1, onder a); artikel 19, lid 2; artikel 25, lid 3, onder i)
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17, leden 1 en 4; artikel 27 (1e zin)

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en reikt twee exemplaren daarvan uit aan de verzekerde of zendt deze (eventueel door bemiddeling van het verbindingsorgaan) toe aan het orgaan van de woonplaats indien dit het formulier heeft aangevraagd. Dit orgaan vult deel B in zodra het die twee exemplaren heeft ontvangen, en zendt één exemplaar aan het bevoegde orgaan terug.

A. **Kennisgeving van het bestaan van het recht**

1. Orgaan van de woonplaats (2)

1.1. Naam: ..... Codenummer (2bis): .....
1.2. Adres (3): .....
.....
1.3. Betreft: uw formulier E 107 van .....

2. ☐ Werknemer ☐ Grensarbeider (werknemer)
☐ Zelfstandige ☐ Grensarbeider (zelfstandige)
☐ Werkloze

2.1. Naam (3bis):
.....
2.2. Voornamen: ..... Vroegere namen(3bis): ..... Geboortedatum: .....
2.3. Adres in het woonland (3): .....
.....
2.4. Identificatienummer (3ter): .....
2.5. De verzekerde: ☐ is ☐ is niet in een mijn of daarmee gelijkgestelde onderneming werkzaam
2.6. ☐ De verzekerde valt onder een stelsel voor zelfstandigen als bedoeld in bijlage 11 van Verordening (EEG) nr. 574/72

3. Gezinslid (4)

3.1. Naam (3bis):
.....
3.2. Voornamen: ..... Vroegere namen (3bis): ..... Geboortedatum: .....
3.3. Adres in het woonland (3): .....
.....

4. ☐ Bovengenoemde verzekerde en de inwonende gezinsleden (5)
4.1. ☐ De gezinsleden van bovengenoemde werkloze (5)
5. hebben recht op verstrekkingen wegens ziekte en moederschap
met ingang van .....

6. Dit recht blijft behouden:

6.1. ☐ tot bericht van intrekking van deze verklaring
6.2. ☐ gedurende één jaar na de datum vermeld in punt 5 (6)
6.3. ☐ tot en met ..... (7)

▼M1

E 106

7. Bevoegd orgaan voor de ziekte- en moederschapsverzekering

7.1. Naam: ..... Codenummer ([7bis]): .....

7.2. Adres ([3]): .....

.....

7.3. Stempel

7.4. Datum: .....

7.5. Handtekening

.....

8. Bevoegd orgaan voor ongevallen in het privé-leven ([8]) ([8bis]) ([10])

8.1. Naam: ..... Codenummer ([7bis]): .....

8.2. Adres ([3]): .....

.....

8.3. Stempel

8.4. Datum: .....

8.5. Handtekening

.....

B. **Kennisgeving van inschrijving** ([9])

9.

9.1. ☐ De in vak 2 genoemde verzekerde en zijn gezinsleden

9.2. ☐ De gezinsleden van de in vak 2 genoemde werkloze

9.3. ☐ werden bij ons ingeschreven op .....

9.4. ☐ werden niet bij ons ingeschreven omdat

.....

10. Ingeschreven gezinsleden

	10.1. Naam ([3bis]):	Voornamen:	Geslacht: V	Geslacht: M	Vroegere namen:	Geboortedatum:
10.2.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11. Orgaan van de woonplaats

11.1. Naam: .....

11.2. Adres ([3]): .....

.....

11.3. Stempel

11.4. Datum: .....

11.5. Handtekening

.....

▼M1

E 106

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld, op de stippellijnen. Het formulier bestaat uit vier bladzijden en moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de verzekerde

a) Op grond van dit formulier hebben u en uw gezinsleden recht op verstrekkingen in verband met ziekte en moederschap. Indien u werkloos bent, geldt dit formulier niet voor uzelf maar uitsluitend voor uw gezinsleden die in een andere lidstaat wonen dan waar u verzekerd bent.

b) De twee exemplaren van het formulier die in uw bezit zijn, dient u zo spoedig mogelijk over te leggen aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van uw woonplaats. Indien u werkloos bent, dienen uw gezinsleden het formulier aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van hun woonplaats over te leggen.

c) Bedoelde organen van de ziekte- en moederschapsverzekering zijn:

in **België,** de gekozen mutualiteit

in **Denemarken,** de bevoegde „amtskommune" (plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen, de „magistrat" (gemeentebestuur); in de gemeente Frederiksberg de „kommunalbestyrelse" (gemeentebestuur)

in **Duitsland,** de „Krankenkasse" (ziekenfonds) van de woonplaats, naar keuze van de betrokkene

in **Griekenland,** als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkenen een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend

in **Spanje,** de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid) van de woonplaats. Als u verstrekkingen nodig hebt, kunt u zich wenden tot een medische dienst of ziekenhuis van het gezondheidsstelsel dat onder de Spaanse sociale verzekeringen valt. Een fotokopie bij het formulier voegen

in **Frankrijk,** de „Caisse primaire d'assurance-maladie" (plaatselijk ziekenfonds); bij een positief antwoord in punt 2.5 kan het formulier ingediend worden bij de „société de secours minière" (maatschappij tot bijstand voor de mijnwerkers)

in **Ierland,** de „Health Board" (gezondheidsdienst), binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd

in **Italië,** als regel de „Unità sanitaria locale" (USL) (plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder het grondgebied ressorteert; voor zeelieden en het vliegend personeel van de burgerluchtvaart het „Ministero della sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministerie van Volksgezondheid — Gezondheidsdienst voor de koopvaardij en de burgerluchtvaart)

in **Luxemburg,** de „Caisse de maladie des ouvriers" (nationaal ziekenfonds voor arbeiders)

in **Nederland,** een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds

in **Oostenrijk,** de „Gebietskrankenkasse" (regionaal ziekenfonds) bevoegd voor de woonplaats

in **Portugal,** voor het **vasteland,** het „Centro Regional de Segurança Social" (regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woonplaats, voor **Madeira,** de „Direcção Regional de Segurança Social" (regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor **de Azoren,** de „Direcção Regional de Segurança Social" (regionale directie voor de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo

in **Finland,** de plaatselijke dienst van de „Kansaneläkelaitos" (instituut van sociale zekerheid)

in **Zweden,** de „Försäkringskassan" (bureau van de sociale zekerheid) van de woonplaats

in het **Verenigd Koninkrijk,** de „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (ministerie van sociale zekerheid, bureau uitkeringen en verstrekkingen, afdeling buitenland) te Newcastle-upon-Tyne, of de „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (bureau voor de sociale zekerheid in Noord-Ierland, afdeling buitenland) te Belfast, naar gelang van het geval

in **IJsland,** het „Tryggingastofnun rikisins" (rijksinstituut sociale zekerheid), te Reykjavik

in **Lichtenstein,** de „Amt für Volkswirtschaft" (dienst nationale economie) te Vaduz

in **Noorwegen,** het „lokale Trygdekontor" (plaatselijk verzekeringskantoor) van de woonplaats

d) Dit formulier is geldig met ingang van de in punt 5 genoemde datum en voor de in vak 6 door het aangekruiste vakje aangegeven duur.

e) U of uw gezinsleden zijn verplicht de verzekeringsinstelling waaraan u dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd: beëindiging of verandering van werk, verandering van uw woon- of verblijfplaats of die van uw gezinsleden enz.

▼M1

E 106

NOTEN

(*) EER-Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, sociale zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

(1) Initiaal van het land van het orgaan dat deel A van het formulier invult: B= België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; A = Oostenrijk; P = Portugal; FIN = Finland; S = Zweden; GB = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen.

(2) Alleen invullen als de verklaring op verzoek van het orgaan van de woonplaats wordt opgesteld.

(2 *bis*) Invullen indien bekend.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3 *bis*) Voor Spaanse onderdanen de twee namen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen vermelden (voornamen, naam, meisjesnaam) in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen op de identiteitskaart of het paspoort.

(3 *ter*) Voor Italiaanse onderdanen zo mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" vermelden.

(4) Alleen invullen indien het formulier betrekking heeft op gezinsleden van een werkloze; in dat geval slechts inlichtingen over één van de gezinsleden verstrekken zodat de gezinsleden kunnen worden ingeschreven, aangezien de gezinsleden die recht hebben op verstrekkingen vastgesteld worden overeenkomstig de wetgeving van het woonland.

(5) Het recht op verstrekkingen van de gezinsleden wordt overeenkomstig de wetgeving van de woonplaats bepaald.

(6) Indien het formulier door een orgaan in Duitsland, Frankrijk, Italië of Portugal werd uitgereikt.

(7) Wanneer het formulier is uitgereikt door een Frans orgaan voor zelfstandigen of door een orgaan van Griekenland of het Verenigd Koninkrijk voor werknemers of voor zelfstandigen.

(7 *bis*) Invullen indien beschikbaar.

(8) In te vullen door de Franse organen voor zelfstandigen.

(8 *bis*) Indien het formulier door een orgaan in Liechtenstein wordt ingevuld, moet de naam van het bevoegde orgaan van de ongevallenverzekering van de werknemer worden vermeld.

(9) Indien dit formulier wordt afgegeven in verband met het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige verklaringen, moet deel B niet worden ingevuld.

(10) Wanneer Liechtenstein de bevoegde staat is, dienen de kosten van de verstrekkingen die aan de werker zijn verleend voor een ongeval in zijn privé-leven, betaald te worden door het in punt 8 bedoelde bevoegde orgaan.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 107 ☐ (1)

AANVRAAG VAN EEN VERKLARING INZAKE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN

V. 1408/71: art. 19.1.a en 2; art. 22.1.a.i, b.i en c.i; art. 22.3; art. 25.1.a en 3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a; art. 31.a; art. 52.a en art. 55.1. a.i, b.i en c.i
V. 574/72: art. 17.1; art. 20.2 en 3; art. 21.1; art. 22.1 en 3; art. 23; art. 27, eerste zin; art. 28; art. 29.2; art. 30.1; art. 31.1 en 3; art. 60.1; art. 62.3, 4 en 7; art. 63.1 en 3

Het orgaan van de woon- of verblijfplaats vult deel A in en zendt twee exemplaren van het formulier overeenkomstig bovenbedoelde artikelen van V. 574/72 aan het bevoegde orgaan. Indien het bevoegde orgaan van mening is dat het de gevraagde verklaring niet kan uitreiken vult het deel B in en zendt één exemplaar van het formulier aan eerstbedoeld orgaan terug. Wanneer België het bevoegde land is moet, behalve bij een officieel geconstateerd arbeidsongeval of beroepsziekte, het formulier aan het orgaan van de ziekteverzekering worden gezonden.

A. In te vullen door het orgaan van de woon- of verblijfplaats

1 Orgaan waaraan het verzoek wordt gericht

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....
.....

2 ☐ Werknemer ☐ Grensarbeider (werknemer) ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)
☐ Zelfstandige ☐ Grensarbeider (zelfstandige) ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)
☐ Werkloze ☐ Aanvrager van een pensioen

2.1 Naam (2 bis)
.....
2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....
2.3 Adres in het land van de woonplaats (2): .....
.....
2.4 Identificatienummer (2 ter): .....
2.5 ☐ Rechthebbende op ☐ Aanvrager van
pensioen of rente wegens:
☐ ouderdom ☐ invaliditeit ☐ nagelaten betrekkingen
☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte
Nr. ..... (3) categorie ..... (3)
2.6 Orgaan dat het pensioen of de rente verschuldigd is
.....

3 ☐ Laatste werkgever (4) ☐ Laatste werkzaamheden als zelfstandige (4)

3.1 Naam of firmanaam: .....
3.2 Adres (2): .....
.....
3.3 Bedrijfstak (5): .....
3.4 Orgaan van de verzekering voor arbeidsongevallen waarbij de werkgever is aangesloten (5 bis): .....
.....
.....
.....

▼B

E 107

4 Gezinsleden (6)

4.1	Naam (2 bis)	Voornamen	Geboortedatum	Identificatienummer (2 ter)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Adres in het land van de woonplaats (2) (7): .....
.....

5 Op ..... hebben wij van de in
☐ vak 2 ☐ vak 4 genoemde persoon een aanvraag ontvangen.
Deze heeft betrekking op:

5.1 ☐ verlening van verstrekkingen
5.2 ☐ verlenging van het recht op verstrekkingen
5.3 ☐ inschrijving bij ons orgaan als rechthebbende op verstrekkingen.

6 De verstrekkingen ☐ werden ☐ werden niet verleend
6.1 overeenkomstig art. ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 van V. 574/72.
6.2 De aanvrager ☐ heeft tot nu toe geen werkzaamheid meer uitgeoefend
☐ heeft de volgende werkzaamheid uitgeoefend: .....

7 Verzoeke ons de verklaring betreffende het recht op verstrekkingen toe te zenden op formulier E.....
geldig van ..... tot .....

8 ☐ De geneeskundige verklaring gaat hierbij (8).

9 Orgaan van de woon- of verblijfplaats

9.1 Naam: .....
9.2 Adres (2): .....
.....
9.3 Stempel

9.4 Datum: .....
9.5 Handtekening
.....

B. In te vullen door het bevoegde orgaan

10

10.1 ☐ Hierbij gaat het bedoelde formulier. Wij verzoeken U een door U ingevuld en ondertekend exemplaar terug te zenden (9).

10.2 ☐ Wij kunnen de verklaring betreffende het recht op verstrekkingen niet uitreiken omdat
.....
.....

11 Bevoegd orgaan

11.1 Naam: ..... Codenummer (10): .....
11.2 Adres (2): .....
.....
11.3 Stempel

11.4 Datum: .....
11.5 Handtekening
.....

▼B

E 107

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2 ter) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.
Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(3) Alleen invullen indien het orgaan dat het pensioen of de rente verschuldigd is een Italiaans orgaan is.

(4) Alleen invullen indien het formulier op een werknemer, een zelfstandige of een werkloze betrekking heeft.

(5) Alleen vermelden indien het formulier op een werknemer betrekking heeft die waarschijnlijk een arbeidsongeval heeft gehad.

(5 bis) Voor Spanje: „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid).

(6) Alleen de gezinsleden vermelden voor wie verstrekkingen werden aangevraagd of een verzoek om inschrijving werd gedaan. In laatstbedoeld geval behoeft slechts één gezinslid te worden ingevuld.

(7) Alleen vermelden wanneer de gezinsleden een ander adres hebben dan het gezinshoofd.

(8) Alleen bijsluiten indien dit nodig is. In dat geval een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen.

(9) Ten behoeve van de Nederlandse organen, als het terug te zenden formulier deze mogelijkheid biedt.

(10) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 108 ☐ (1)

KENNISGEVING VAN SCHORSING OF INTREKKING VAN HET RECHT OP VERSTREKKINGEN VAN DE ZIEKTE- EN MOEDERSCHAPS-VERZEKERING

Personen die in een ander dan het bevoegde land wonen

V. 1408/71: art. 19.1.a en 2; art. 25.3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a
V. 574/72: art. 17.2 en 3; art 27; art. 28; art. 29.5; art. 30; art. 94.4; art. 95.4

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt dit daarna in tweevoud aan het orgaan van de woonplaats (eventueel door bemiddeling van het verbindingsorgaan). Laatstbedoeld orgaan vult deel B in en doet één exemplaar van het aldus ingevulde formulier toekomen aan het bevoegde orgaan.

A. Kennisgeving

1 Orgaan waarvoor de kennisgeving bestemd is

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....
.....

2
☐ Werknemer
☐ Zelfstandige
☐ Grensarbeider (werknemer)
☐ Grensarbeider (zelfstandige)
☐ Werkloze
☐ Aanvrager van een pensioen
☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)
☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)

2.1 Naam (2 bis)
.....
2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....
2.3 Adres in het land van de woonplaats (2): .....
.....
2.4 Identificatienummer (2 ter): .....

3 Gezinslid (3)

3.1 Naam (2 bis)
.....
3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....
3.3 Adres in het land van de woonplaats (2): .....
.....
3.4 Identificatienummer (2 ter) .....

4 Het recht op verstrekkingen, waarvoor wij een verklaring afgaven op
formulier ..... d.d. .....
werd om de volgende reden geschorst/ingetrokken.

4.1 ☐ De verzekering van bovengenoemde werknemer of zelfstandige eindigde op .....
4.2 ☐ Het pensioen of de rente van bovengenoemde rechthebbende werd geschorst/ingetrokken op .....
4.3 ☐ Alle personen die bij U waren ingeschreven wonen vanaf
..... niet meer in Uw land.
4.4 ☐ De rechthebbende is overleden op .....
4.5 ☐ (4) .....

▼B

E 108

5 Bevoegd orgaan

5.1 Naam: ..... Codenummer (5): .....

5.2 Adres (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Handtekening

.....

B. Bevestiging van ontvangst

6 Wij hebben bovenstaande kennisgeving ontvangen op

.....

7 ☐ De in deel A genoemde persoon ☐ De in deel A genoemde personen

☐ heeft ☐ hebben

☐ zal ☐ zullen

geen verstrekkingen meer ontvangen met ingang van

.....

8 Orgaan van de woonplaats

8.1 Naam: .....

8.2 Adres (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Handtekening

.....

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(3) Alleen invullen indien de intrekking of schorsing waarvan in dit formulier kennis wordt gegeven uitsluitend de gezinsleden betreft; in dat geval slechts één enkel gezinslid vermelden.

(4) Eventuele andere redenen (b.v. niet-betaling van premies voor zelfstandigen).

(5) Invullen indien beschikbaar.

▼M1

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid EER (*)

Zie „aanwijzingen" op blz. 3

E 109 ☐ (1)

VERKLARING VOOR DE INSCHRIJVING VAN DE GEZINSLEDEN VAN DE WERKNEMER OF DE ZELFSTANDIGE EN VOOR HET BIJHOUDEN VAN DE INVENTARISSEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19, lid 2
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17, leden 1, 2, 3 en 4; artikel 94, lid 4

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en reikt twee exemplaren daarvan uit aan de werknemer of zelfstandige of zendt deze (eventueel door bemiddeling van het verbindingsorgaan) naar het orgaan van de woonplaats, indien het formulier op verzoek van dit orgaan is ingevuld. Indien de gezinsleden van de werknemer of zelfstandige in het Verenigd Koninkrijk wonen, zendt het bevoegde orgaan beide exemplaren naar het „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" te Newcastle-upon-Tyne. Het orgaan van de woonplaats vult na ontvangst van beide exemplaren het deel B in en zendt één exemplaar aan het bevoegde orgaan. Wanneer de gezinsleden niet allen in hetzelfde land wonen, moet voor elk land een verklaring worden uitgereikt.

A. **Kennisgeving van het bestaan van het recht**

1. Bestemd voor het orgaan van de woonplaats (2)

1.1. Naam:
.....

1.2. Adres (3): .....
.....

1.3. Betreft uw formulier E 107 van .....

2. ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige
☐ Seizoenarbeider in loondienst ☐ Grensarbeider

2.1. Naam (3bis)
.....

2.2. Voornamen: ..... Vroegere namen (3bis): ..... Geboortedatum: .....

2.3. Adres (3): .....
.....

2.4. Identificatienummer (3ter) .....

2.5. De verzekerde: ☐ is ☐ is niet in een mijn of daarmee gelijkgestelde onderneming werkzaam

2.6. ☐ De verzekerde valt onder een stelsel voor zelfstandigen als bedoeld in bijlage 11 van Verordening (EEG) nr. 574/72

3. Gezinslid (4)

3.1. Naam (3bis):
.....

3.2. Voornamen: ..... Vroegere namen: ..... Geboortedatum: .....

3.3. Adres (3): .....
.....

4. De gezinsleden van bovengenoemde verzekerde hebben recht op verstrekkingen wegens ziekte/moederschap, tenzij:
☐ zij daarop uit hoofde van de wettelijke regeling van het land waar zij wonen reeds recht hebben (5)
☐ zij hun beroep uitoefenen (5)

5. Dit recht is ontstaan op .....

6. en blijft behouden:

6.1. ☐ tot bericht van intrekking van deze verklaring
6.2 ☐ gedurende één jaar na de in punt 5 vermelde datum (6)
6.3. ☐ tot het verwachte einde van de seizoenarbeid, derhalve
6.4. ☐ tot en met (7) .....

▼M1

E 109

7. Bevoegd orgaan

7.1. Naam: ..... Codenummer ([7bis]): .....

7.2. Adres ([3]): .....

.....

7.3. Stempel

7.4. Datum: .....

7.5. Handtekening

.....

B. **Kennisgeving van inschrijving** ([8])

8. ☐ ([9])

8.1. De gezinsleden van de in vak 2 genoemde verzekerde zijn niet ingeschreven aangezien:

8.2. ☐ geen enkel gezinslid recht op verstrekkingen heeft

8.3. ☐ alle gezinsleden reeds recht op verstrekkingen hebben krachtens de bepalingen van de wettelijke regeling van ons land

8.4. ☐ de echtgenoot/echtgenote of diegene die de kinderen verzorgt in ons land een beroep uitoefent ([10])

8.5. ☐ de noodzakelijke familiegegevens niet zijn overgelegd

8.6. ☐ ([11]) .....

9. ☐ ([9])

9.1 De volgende gezinsleden van de in vak 2 genoemde verzekerde werden ingeschreven:

	9.2. Naam ([3bis])	Voornamen:	Geslacht: V	Geslacht: M	Geboortedatum:	Inschrijvingsnummer:
9.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
9.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

9.10. De verstrekkingen komen te uwen laste; de berekening van de vaste bedragen als bedoeld in artikel 94 van Verordening (EEG) nr. 574/72 gaat in op .....

10. Orgaan van het land van de woonplaats

10.1. Naam: .....

10.2. Adres ([3]): .....

.....

10.3. Stempel

10.4. Datum: .....

10.5. Handtekening

.....

▼M1

E 109

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld, op de stippellijnen. Het formulier bestaat uit vier bladzijden en moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de verzekerde

a) Uw gezinsleden komen na overlegging van dit formulier in het land waar zij wonen, overeenkomstig de wetgeving van dat land, in aanmerking voor verstrekkingen bij ziekte en moederschap, mits zij niet zelf reeds recht op die verstrekkingen hebben krachtens die wetgeving.

b) U moet de twee exemplaren van dit formulier, zodra zij in uw bezit zijn, aan uw gezinsleden zenden die deze **onmiddellijk** aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van hun woonplaats moeten overleggen, dat wil zeggen aan:

in **België**, de gekozen mutualiteit

in **Denemarken**, de bevoegde „amtskommune" (plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen, de „magistrat" (gemeentebestuur); in de gemeente Frederiksberg de „kommunalbestyrelse" (gemeentebestuur)

in **Duitsland**, de „Krankenkasse" (ziekenfonds) van de woonplaats, naar keuze van de betrokkene

in **Griekenland**, als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkenen een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend

in **Spanje**, de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid)

in **Frankrijk**, de „Caisse primaire d'assurance-maladie" (plaatselijk ziekenfonds); bij een positief antwoord in punt 2.5 kan het formulier ingediend worden bij de „société de secours minière" (maatschappij tot bijstand voor de mijnwerkers)

in **Ierland**, de „Health Board" (gezondheidsdienst), binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd

in **Italië**, als regel de „Unità sanitaria locale" (USL) (plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder het grondgebied ressorteert

in **Luxemburg**, de „Caisse de maladie des ouvriers" (ziekenfonds voor arbeiders)

in **Nederland**, een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds

in **Oostenrijk**, de „Gebietskrankenkasse" (regionaal ziekenfonds) bevoegd voor de woonplaats

in **Portugal**, voor het **vasteland**, „Centro Regional de Segurança Social" (regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woonplaats; voor **Madeira**, de „Direcção Regional de Segurança Social" (regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor **de Azoren**, de „Direcção Regional de Segurança Social" (regionale directie voor de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo

in **Finland**, de plaatselijke dienst van de „Kansaneläkelaitos" (instituut van sociale zekerheid)

in **Zweden**, de „försäkringskassan" (bureau van de sociale zekerheid) van de woonplaats

in **IJsland**, het „Tryggingastofnun rikisins" (rijksinstituut sociale zekerheid) te Reykjavik

in **Liechtenstein**, de „Amt für Volkswirtschaft" (dienst nationale economie) te Vaduz

in **Noorwegen**, het „lokale Trygdekontor" (plaatselijk verzekeringskantoor) van de woonplaats.

c) Dit formulier is geldig met ingang van de in punt 5 genoemde datum en voor de in vak 6 door het aangekruiste vakje aangegeven duur.

d) U of uw gezinsleden zijn verplicht de verzekeringsinstelling waaraan u dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd (beëindiging of verandering van werk, verandering van uw woon- of verblijfplaats of die van uw gezinsleden enz.).

▼M1

E 109

NOTEN

(*) EER-Overeenkomst betreffende Europese Economische Ruimte, bijlage VI, sociale zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

(1) Initiaal van het land van het orgaan dat deel A van het formulier invult: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; A = Oostenrijk; P = Portugal; FIN = Finland; S = Zweden; GB = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen.

(2) Alleen invullen als de verklaring op verzoek van het orgaan van de woonplaats wordt opgesteld.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3 *bis*) Voor Spaanse onderdanen de twee namen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen vermelden (voornamen, naam, meisjesnaam) in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen op de identiteitskaart of het paspoort.

(3 *ter*) Voor Italiaanse onderdanen zo mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" vermelden.

(4) Slechts één der gezinsleden vermelden.

(5) Een kruisje plaatsen in het desbetreffende vakje indien het formulier bestemd is voor een orgaan van Denemarken, Ierland of het Verenigd Koninkrijk.

(6) Indien het formulier door een orgaan in Duitsland, Frankrijk, Italië of Portugal werd uitgereikt.

(7) Wanneer het formulier is uitgereikt door een Frans orgaan voor zelfstandigen of door een orgaan van Griekenland of het Verenigd Koninkrijk voor werknemers of voor zelfstandigen.

(7 *bis*) Invullen indien beschikbaar.

(8) Indien het formulier is afgegeven in verband met het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige verklaring, moet deel B niet worden ingevuld.

(9) Vak 8 of vak 9 invullen en een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen.

(10) Zo nodig een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen indien deel B is ingevuld door een orgaan in Denemarken, Ierland of het Verenigd Koninkrijk.

(11) Andere redenen.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op de bladzijden 2 en 3

E 110 ☐ (1)

VERKLARING VOOR WERKNEMERS BIJ HET INTERNATIONALE VERVOER

V. 1408/71: art. 14.2.a; art. 22.1.a.i en 3; art. 55.1.a.i
V. 574/72: art. 20.1; art. 62.1

Het formulier moet door de werkgever worden ingevuld en, eventueel voor verlenging door hem ondertekend, aan de werknemer worden uitgereikt.

A. Eerste verklaring

1 Werknemer

1.1 Naam (1 bis) .....

1.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) .....

1.3 Geboortedatum ..... Nationaliteit ..... D.N.I. (1 ter) .....

1.4 Adres in het land van de woonplaats (2): .....
.....

2 Gezinsleden die het gezinshoofd vergezellen

	Naam (1 bis)	Voornamen	Vroeger gevoerde namen	Geboortedatum
2.1	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....

3 Bevoegd orgaan

3.1 voor de arbeidsongevallenverzekering (naam, adres) (2)
.....
.....

3.2 voor de verzekering inzake beroepsziekten (naam, adres) (2) (3)
.....
.....

4 Ondergetekende verklaart dat bovengenoemde werknemer sedert
..... bij hem werkzaam is.

▼B

E 110

5	Werkgever	
5.1	Naam of firmanaam:	
5.2	Aard van de onderneming:	
5.3	Adres (2):	
	.....	
5.4	Stempel	5.5 Datum: .....
		5.6 Handtekening van de werkgever of zijn gemachtigde
		.....

6	Bevoegd orgaan voor de ziekte- en moederschapsverzekering (4) (5)	
6.1	Naam:	
6.2	Adres (2):	
	.....	
6.3	Inschrijvingsnummer van de werknemer:	
		6.4 Datum: .....
6.5	Handtekening van de werknemer	6.6 Handtekening van de werkgever of zijn gemachtigde
	.....	.....

B. Verlengingen (6)

7 De in vak 5 genoemde werkgever verklaart dat bovengenoemde werknemer op de laatste onderstaande datum nog in zijn dienst was.

8 Datum	8.1 Handtekening van de werkgever of zijn gemachtigde
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 4 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de werknemer

a) Dit bewijs is geldig gedurende de maand van afgifte en de twee daarna volgende kalendermaanden (zie punten 5.5 en 8 van het formulier).

b) Zolang dit bewijs geldig is kunt U met Uw in vak 2 genoemde gezinsleden verstrekkingen ontvangen in de Lid-Staat waarin U voor het verrichten van Uw werkzaamheden verblijft.

c) Indien U verstrekkingen nodig hebt moet U dit bewijs overleggen bij de verzekeringsinstelling van het land waarin U verblijft en wel:

— **bij ziekte en moederschap:**

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur). Hulp van een arts, tandarts en apotheker kan zonder voorafgaand contact met genoemde organen worden ingeroepen. Bij iedere aanvraag om verstrekkingen moet het formulier worden overgelegd. Inlichtingen omtrent artsen en tandartsen tot wie men zich kan wenden worden verstrekt door het „social- og sundhedsforvaltning" (plaatselijk sociaal bureau);*

▼B

E 110

in **Duitsland,** *het voor de verblijfplaats bevoegde ongevallenverzekeringsorgaan;*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*
in **Spanje,** *de medische diensten en ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,** *„l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Luxemburg,** *„Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor arbeiders);*

in **Nederland,** *ANOZ-Verzekeringen te Utrecht. In Nederland kan de hulp van huisarts, tandarts en apotheker worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met ANOZ-Verzekeringen;*

in **Portugal,** *voor* **het vasteland:** *„Administração Regional de Saúde" (Regionale administratie voor de gezondheid) van de verblijfplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Funchal; voor* **de Azoren:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Angra do Heroísmo;*

in het **Verenigd Koninkrijk,** *„Medical Service" (medische dienst: arts, tandarts, ziekenhuis) waar de behandeling wordt gevraagd;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de verblijfplaats;*

in **Finland,** *het plaatselijke kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering) voor de vergoeding van kosten van gezondheidszorg in de particuliere sector. Verstrekkingen van de gezondheidszorg kunnen op vertoon van deze verklaring verkregen worden van gemeentelijke gezondheidscentra en openbare ziekenhuizen. Nadere inlichtingen zijn verkrijgbaar bij de plaatselijke kantoren van de „Kansaneläkelaitos";*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Soziale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor). Medische hulp kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd kantoor. Bij het inroepen van hulp moet dit formulier worden overgelegd;*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds) van de woonplaats. Medische hulp (ziekenhuis, arts, tandarts enz.) kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd fonds;*

— **voor verstrekkingen bij een arbeidsongeval of beroepsziekte:**

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *zie hierboven onder „bij ziekte en moederschap";*

in **Duitsland,** *het voor de verblijfplaats bevoegde orgaan voor de ongevallenverzekering;*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*

in **Spanje,** *de medische diensten en ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,**

a) voor verstrekkingen „l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;

b) voor prothesen, hulpmiddelen van grotere omvang, rechtsgeneeskundige prestaties en desbetreffende onderzoeken en certificaten, de provinciale zetel van het „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL, Nationaal instituut voor ongevallenverzekering);

in **Luxemburg,** *„Association d'assurance contre les accidents" (Vereniging voor ongevallenverzekering);*

in **Nederland,** *ANOZ-Verzekeringen te Utrecht. In Nederland kan de hulp van huisarts, tandarts en apotheker worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met ANOZ-Verzekeringen;*

in **Portugal,** *„Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais" (Nationaal verzekeringsfonds voor beroepsziekten) te Lissabon;*

in het **Verenigd Koninkrijk,** *„Medical Service" (medische dienst: arts, tandarts, ziekenhuis) waar de behandeling wordt gevraagd;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de verblijfplaats of de „Allgemeine Unfallversicherungsanstalt" (Algemene Ongevallenverzekering) te Wenen;*

in **Finland,** *de „Tapaturmavakuutuslaitosten litto" (Federatie van ongevallenverzekering);*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor). Medische hulp kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd kantoor. Bij het inroepen van hulp moet dit formulier worden overgelegd;*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds) van de verblijfplaats. Medische hulp (ziekenhuis, arts, tandarts enz.) kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd fonds.*

d) Indien Uw werkgever dit niet reeds heeft gedaan moet U vak 6 invullen.

e) Ter verkrijging van verstrekkingen kunt U in plaats van dit formulier formulier E 111 overleggen.

▼B

E 110

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(1 ter) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3) Alleen invullen indien het een ander orgaan dan het in punt 3.1 bedoelde orgaan betreft.

(4) Wanneer de werkgever volgens de wetgeving van het bevoegde land het voor de ziekte- en moederschapsverzekering bevoegde orgaan niet behoeft te kennen, moet de werknemer zelf het desbetreffende vak invullen.

(5) Voor Nederland het ziekenfonds vermelden.

(6) Dit deel mag uitsluitend worden gebruikt indien geen verandering is opgetreden in de in deel A verstrekte gegevens.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op de bladzijden 2 en 3

E 111 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN BIJ VERBLIJF IN EEN LID-STAAT VAN DE EG

V. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31.a
V. 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 en 3

1 ☐ Werknemer ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers) ☐ Andere

☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)

(Naam (1 bis), Vroeger gevoerde namen (1 bis), D.N.I. (2 bis), Adres (2))

1.1 Identificatienummer (2 ter): ..... Geboortedatum: .....

1.2 ☐ Betrokkene valt onder een stelsel voor zelfstandigen als bedoeld in bijlage 11 van V. 574/72

2 Gezinsleden (3)

2.1 Naam (1 bis)	Voornamen	Vroeger gevoerde namen	Geboortedatum	Identificatie-nummer (2ter)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Adres in het land van de woonplaats (2) (4): .....
.....

3 Bovengenoemde personen hebben recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering.
Deze kunnen worden verleend:

3.1 (5) ☐ van ..... t/m .....

3.2 (5) ☐ met ingang van .....

▼B

E 111

4	Bevoegd orgaan		
4.1	Naam:	Codenummer (6):	.....
4.2	Adres (2):		
4.3	Stempel	4.4 Datum:	.....
		4.5 Handtekening	.....

4.6	Geldig van ..... t/m			4.10	Geldig van ..... t/m		
4.7	Stempel	4.8	Datum	4.11	Stempel	4.12	Datum .....
		4.9	Handtekening			4.13	Handtekening .....

5	Bevoegd Frans orgaan voor ongevallen die geen verband houden met de bedrijfsuitoefening van zelfstandigen in de landbouw		
5.1	Naam:	Codenummer (6):	.....
5.2	Adres (2):		
5.3	Stempel	5.4 Datum:	.....
		5.5 Handtekening	.....

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Het bevoegde orgaan of het orgaan van de woonplaats van de rechthebbende op pensioen of rente of van het gezinslid van de werknemer of zelfstandige vult het formulier in en reikt het aan de belanghebbende uit of zendt het aan het orgaan van de verblijfplaats wanneer het formulier op verzoek van laatstbedoeld orgaan is opgesteld. Dit formulier is niet vereist voor een verblijf in het Verenigd Koninkrijk.

Aanwijzingen voor de verzekerde en zijn gezinsleden

a) *Op grond van deze verklaring kunnen*

— *aan de werknemer of zelfstandige en zijn in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk in een ander land dan de bevoegde Staat verblijven, bij dringende noodzaak,*

— *aan de rechthebbende op pensioen of rente en aan zijn in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk in een ander land verblijven dan dat waarin hun vaste woonplaats is gelegen,*

door de verzekeringsinstellingen van bedoeld land verstrekkingen bij ziekte en moederschap en voorlopige verstrekkingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten worden verleend.

Aan deze verklaring kunnen echter geen rechten op verstrekkingen worden ontleend als de reis gemaakt is met de bedoeling in het buitenland gezondheidszorg te verkrijgen.

b) *Wanneer verstrekkingen inclusief ziekenhuisopname nodig zijn* **moet** *de verklaring aan de verzekeringsinstelling in het land van de verblijfplaats worden overgelegd, en wel:*

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur). Hulp van een arts, tandarts en apotheker kan zonder voorafgaand contact met genoemde organen worden ingeroepen. Dit formulier moet bij iedere aanvraag om verstrekkingen worden overgelegd. Inlichtingen omtrent artsen en tandartsen tot wie men zich kan wenden worden verstrekt door het „social- og sundhedsforvaltning" (Plaatselijk sociaal bureau);*

in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK, Algemeen plaatselijk ziekenfonds);*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt;* **zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;**

▼B

E 111

in **Spanje,** *de medische diensten en ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds); indien in het vakje van punt 1.2 een kruisje is geplaatst, het orgaan waarmee een overeenkomst is gesloten;*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,** *als regel „l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert; voor zeelieden en het vliegend personeel van de burgerluchtvaart het „Ministero della Sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministerie van Volksgezondheid, Gezondheidsdienst voor de koopvaardij en de burgerluchtvaart), waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Luxemburg,** *„Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor arbeiders);*

in **Nederland,** *ANOZ-Verzekeringen te Utrecht. In Nederland kan de hulp van huisarts, tandarts en apotheker worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met ANOZ-Verzekeringen;*

in **Portugal,** *voor* **het vasteland:** *„Administração Regional de Saúde" (Regionale administratie voor de gezondheid) van de verblijfplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Funchal; voor* **de Azoren:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Angra do Heroísmo;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal ziekenfonds);*

in **Finland,** *het plaatselijke kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering) voor de vergoeding van kosten van gezondheidszorg in de particuliere sector. Verstrekkingen van de gezondheidszorg kunnen op vertoon van deze verklaring verkregen worden van gemeentelijke gezondheidscentra en openbare ziekenhuizen;*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor). Medische hulp kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd kantoor. Bij het ingeroepen van hulp moet dit formulier worden overgelegd.*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds) van de verblijfplaats. Medische hulp (ziekenhuis, arts, tandarts enz.) kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd fonds.*

c) Om een uitkering te verkrijgen dient de betrokkene, binnen drie dagen na het begin van de arbeidsongeschiktheid bij het orgaan van de verblijfplaats daarom te verzoeken door middel van een verklaring van werkbeëindiging of, indien de door het bevoegde orgaan of de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wettelijke regeling zulks voorschrijft, door middel van een door de hem behandelende geneesheer opgestelde verklaring van arbeidsongeschiktheid.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land waar het formulier wordt ingevuld: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Verenigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.

(2 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en /of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(3) Alleen die gezinsleden vermelden die zich tijdelijk naar een andere Lid-Staat begeven.

(4) Alleen vermelden wanneer het adres van de gezinsleden anders luidt dan dat van de werknemer of pensioengerechtigde.

(5) Slechts één van de twee regels invullen en in het desbetreffende vakje een kruisje plaatsen.

(6) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid EER (*)

STELSEL VOOR ZELFSTANDIGEN

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 111 **B** (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN BIJ VERBLIJF IN EEN LID-STAAT VAN DE EG

V. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31.a
V. 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 en 3

1 ☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (Naam (1 bis), Vroeger gevoerde namen (1 bis), Voornamen, Adres (2))

1.1 Identificatienummer (1 ter): ..... Geboortedatum: .....

2 Gezinsleden (3)

2.1 Naam (1 bis)	Voornamen	Vroeger gevoerde namen	Geboortedatum	Identificatie-nummer (1 ter)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Adres in het land van de woonplaats (2) (4): .....
.....

3 Bovengenoemde personen hebben recht op verstrekkingen uitsluitend bij ziekenhuisopname.
Deze kunnen worden verleend:
3.1 van ..... t/m .....

UITSLUITEND ZIEKENHUISOPNAME

4 Bevoegd orgaan

4.1 Naam: ..... Codenummer (5): .....
4.2 Adres (2): .....
.....
4.3 Stempel
4.4 Datum: .....
4.5 Handtekening
.....

4.6 Geldig van ..... t/m	4.10 Geldig van ..... t/m .....
4.7 Stempel 4.8 Datum	4.11 Stempel 4.12 Datum
.....	.....
4.9 Handtekening	4.13 Handtekening
.....	.....

▼B

E 111 **B**

STELSEL VOOR ZELFSTANDIGEN

4.14	Geldig van ..... t/m			4.18	Geldig van ..... t/m		
4.15	Stempel	4.16	Datum	4.19	Stempel	4.20	Datum .....
		4.17	Handtekening			4.21	Handtekening .....

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

Het bevoegde orgaan of het orgaan van de woonplaats van de rechthebbende op pensioen of rente vult het formulier in en reikt het aan de belanghebbende uit of zendt het aan het orgaan van de verblijfplaats wanneer het formulier op verzoek van laatstbedoeld orgaan is opgesteld. Dit formulier is niet vereist voor een verblijf in het Verenigd Koninkrijk.

Aanwijzingen voor de verzekerde en zijn gezinsleden

a) *Op grond van deze verklaring kunnen*
   — *aan de zelfstandige en de in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk in een ander land dan de bevoegde Staat verblijven,*
   — *aan de pensioengerechtigde van het stelsel voor zelfstandigen en aan zijn in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk in een ander land verblijven dan dat waarin hun vaste woonplaats is gelegen,*

   door de verzekeringsinstellingen van bedoeld land uitsluitend bij ziekenhuisopname verstrekkingen worden verleend.

b) *Wanneer ziekenhuisopname nodig is moet de verklaring aan de verzekeringsinstelling in het land van de verblijfplaats worden overgelegd, en wel:*

   in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur). Dit formulier moet bij iedere aanvraag om verstrekkingen worden overgelegd;*

   in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK, Algemeen plaatselijk ziekenfonds);*

   in **Griekenland,** *het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt;* **zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;**

   in **Spanje,** *ziekenhuisvoorzieningen van het sociale zekerheidsstelsel. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

   in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

   in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

   in **Italië,** *„l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de Gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

   in **Luxemburg,** *„Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor arbeiders);*

   in **Nederland,** *ANOZ-Verzekeringen te Utrecht;*

   in **Portugal,** *voor* **het vasteland:** *„Administração Regional de Saúde" (Regionale administratie voor de gezondheid) van de verblijfplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Funchal; voor* **de Azoren:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de Volksgezondheid) te Angra do Heroísmo;*

   in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor Uw verblijfplaats;*

   in **Finland,** *het plaatselijke kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering) en het hospitaal waar de behandeling wordt verleend. Bij ieder verzoek om verstrekkingen moet dit formulier worden overgelegd;*

   in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

   in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

   in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor) van de verblijfplaats;*

   in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds) van de verblijfplaats.*

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het orgaan dat het formulier invult: B = België.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(1 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3) Alleen die gezinsleden vermelden die zich tijdelijk naar een andere Lid-Staat begeven.

(4) Alleen vermelden wanneer het adres van de gezinsleden anders luidt dan dat van de werknemer of pensioengerechtigde.

(5) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 112 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET BEHOUD VAN HET RECHT OP LOPENDE VERSTREKKINGEN VAN DE ZIEKTE- EN MOEDERSCHAPSVERZEKERING

V. 1408/71: art. 22.1.b.i; art. 22.1.c.i; art. 22.3; art. 31
V. 574/72: art. 22.1 en 3; art. 23

Het bevoegde orgaan of het orgaan van de woonplaats van de pensioen- of rentetrekker of het gezinslid reikt dit formulier uit aan de verzekerde of de pensioen- of rentetrekker dan wel het gezinslid van de pensioen- of rentetrekker. Indien de verzekerde of de pensioen- of rentetrekker zich naar het Verenigd Koninkrijk begeeft dient een exemplaar van het formulier eveneens te worden gezonden aan het Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle-upon-Tyne.

1 ☐ Werknemer ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)
☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)
☐ Andere

1.1 Naam (1 bis)
.....

1.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) ..... Geboortedatum .....

1.3 Adres in het bevoegde land (2)
.....
.....

1.4 Adres in het land waarheen de werknemer of de pensioengerechtigde zich begeeft (2) (3)
.....
.....

1.5 Identificatienummer (3 bis): .....

1.6 ☐ De verzekerde of de pensioen- of rentetrekker valt onder een stelsel voor zelfstandigen als bedoeld in bijlage 11 van V. 574/72

2 Gezinslid dat zich naar een andere Lid-Staat begeeft

2.1 Naam (1 bis)
.....

2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen ..... Geboortedatum .....

2.3 Adres in het bevoegde land (2) (4)
.....
.....

2.4 Adres in het land waarheen de betrokkene zich begeeft (2)
.....

2.5 Identificatienummer (3 bis): .....

3 Aan de in ☐ vak 1 ☐ vak 2
genoemde persoon werd toestemming verleend het recht op verstrekkingen te behouden
☐ van de ziekte- en moederschapsverzekering ☐ van de verzekering tegen ongevallen die geen verband houden met de bedrijfsuitoefening (5)
in ..... (land) waarheen hij zich begeeft om

3.1 ☐ aldaar te gaan wonen

3.2 ☐ aldaar geneeskundige verzorging te ontvangen bij
.....
..... (6)
of bij een andere, gelijksoortige inrichting in geval van een voor deze behandeling medisch noodzakelijke overbrenging

3.3 ☐ biologisch materiaal voor onderzoek te zenden

4 Op grond van deze verklaring kunnen verstrekkingen worden verleend

4.1 van ..... t/m .....

4.2 van ..... t/m ..... **uitsluitend** bij ziekenhuisverpleging (7)

▼B

E 112

5	Het rapport van onze controlerend geneesheer
5.1	☐ is in gesloten omslag bijgevoegd
5.2	☐ werd verzonden op ..... aan (8) .....
5.3	☐ kan bij ons worden opgevraagd
5.4	☐ is niet opgesteld

6	Bevoegd orgaan	
6.1	Naam:	Codenummer (9): .....
6.2	Adres (2):	
6.3	Stempel	
6.4	Datum:	
6.5	Handtekening	

▼B

E 112

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de verzekerde

U dient deze verklaring zo spoedig mogelijk over te leggen aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering in het land waarheen U zich heeft begeven, d.w.z.:

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur). Bij behandeling in Denemarken het formulier overleggen bij de instelling die de behandeling verricht;*

in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK, Algemeen plaatselijk ziekenfonds);*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*

in **Spanje,** *de medische diensten en ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,** *„l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Luxemburg,** *„Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor arbeiders);*

in **Nederland,** *wanneer U in Nederland woont of gaat wonen: naar vrije keuze een voor Uw woonplaats bevoegd ziekenfonds, wanneer U slechts tijdelijk in Nederland verblijft: ANOZ-Verzekeringen te Utrecht;*

in **Portugal,** *voor* **het vasteland:** *„Administração Regional de Saúde" (Regionale administratie voor de gezondheid) van de woon- of verblijfplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Funchal; voor de* **Azoren:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Angra do Heroísmo;*

in het **Verenigd Koninkrijk,** *„Medical Service" (medische dienst: arts, tandarts, het ziekenhuis), waar de behandeling wordt gevraagd;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de woon- of verblijfplaats;*

in **Finland,** *het plaatselijke kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering). Dit formulier moet worden overgelegd aan het behandelende gemeentelijke gezondheidscentrum of openbaar ziekenhuis;*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor);*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds). Dit formulier dient te worden overgelegd aan het orgaan dat de behandeling verleent.*

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3) Alleen vermelden wanneer het formulier op de werknemer of de pensioengerechtigde zelf betrekking heeft.

(3 bis) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(4) Alleen vermelden wanneer het adres van het gezinslid anders luidt dan dat van de werknemer of de pensioengerechtigde.

(5) In te vullen door de Franse organen voor zelfstandigen in de landbouw.

(6) Zo mogelijk nadere bijzonderheden verstrekken.

(7) In te vullen door de Belgische organen voor zelfstandigen.

(8) Naam en adres van het orgaan waaraan het medisch rapport werd gezonden.

(9) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 113 ☐ (1)

OPNEMING IN EEN ZIEKENHUIS — KENNISGEVING VAN OPNEMING EN ONTSLAG

V. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 25.1 en 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 52.a; art. 55.1
V. 574/72: art. 17.6; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 en 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 en 3; art. 60.5; art. 62.7; art. 63.2

Dit formulier moet worden ingevuld bij vergoeding van verstrekkingen op basis van de werkelijke uitgaven. In te vullen door het orgaan van de woon- of verblijfplaats — deel A voor de mededeling over de opneming in een ziekenhuis, deel B voor de kennisgeving van ontslag uit het ziekenhuis — en aan het bevoegde orgaan toezenden. Indien het bevoegde orgaan een orgaan is van Denemarken of het Verenigd Koninkrijk behoeft dit formulier niet te worden ingevuld.

1 Aan het bevoegde orgaan

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....

2 ☐ Werknemer ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)
☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)
☐ Werkloze ☐ Aanvrager van een pensioen

2.1 Naam (2 bis)
.....
2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....
2.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2)
.....
.....
2.4 Identificatienummer (2 ter): .....

3 In het ziekenhuis opgenomen gezinslid

3.1 Naam (2 bis)
.....
3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen ..... Geboortedatum .....
3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2) (3)
.....
3.4 Identificatienummer (2 ter): .....

4 Verwezen wordt naar:
4.1 ☐ Uw formulier ..... van ..... (4)
4.2 ☐ ons formulier E 107 van .....

A. Kennisgeving van opneming

5 De in ☐ vak 2 ☐ vak 3 genoemde persoon
5.1 is op .....
5.2 in de inrichting (5) ..... opgenomen
5.3 als gevolg van ☐ ziekte ☐ moederschap ☐ arbeidsongeval (6)
☐ beroepsziekte (7) ☐ arbeidsongeval dat geen verband houdt met de bedrijfsuitoefening (8)
5.4 Verwacht wordt dat het verblijf in de inrichting zal duren t/m .....
5.5 ☐ (9) Bewijsstukken of medisch rapport gaan hierbij.

B. Kennisgeving van ontslag

6 Het verblijf waarvan kennisgeving is gegeven
☐ met formulier E 113 van .....
☐ onder A
is geëindigd op .....

▼B

E 113

7	Orgaan van de woon- of verblijfplaats	
7.1	Naam:	.....
7.2	Adres (2):	.....
		.....
7.3	Stempel	
	7.4 Datum:	.....
	7.5 Handtekening	
		.....

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2 ter) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden. Voor Italiaanese onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden. Voor in Zweden verzekerden het nationale persoonlijke identificatienummer invullen.

(3) Alleen invullen indien het adres van het gezinslid afwijkt van het in vak 2 vermelde adres.

(4) Nummer en datum van afgifte van het formulier betreffende het recht van de verzekerde op verstrekkingen.

(5) Naam van het ziekenhuis.

(6) Wanneer het slachtoffer in België of Liechtenstein is verzekerd hieronder naam en adres van de werkgever vermelden:

Naam of firmanaam:	.....
Adres (2):	.....
	.....

(7) Indien mogelijk vermelden.

(8) Invullen ten behoeve van de Franse organen voor zelfstandigen in de landbouw en van de Portugese organen.

(9) Indien toepasselijk in dit vakje een kruisje plaatsen.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 114 ☐ (1)

VERSTREKKING VAN PROTHESEN, HULPMIDDELEN VAN GROTERE OMVANG, ENZ.

V. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 24; art. 25.1 en 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 52.a; art. 55.1
V. 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 en 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 en 3; art. 60.6; art. 62.7; art. 63.2 en 3

Dit formulier moet worden ingevuld bij vergoeding van verstrekkingen op basis van de werkelijke uitgaven. Het orgaan van de woon- of verblijfplaats vult deel A in en zendt één of twee exemplaren, naargelang de kennisgeving betrekking heeft op punt 7.1 of punt 7.2, aan het bevoegde orgaan. Indien het bevoegde orgaan bezwaar wil maken tegen het verlenen van de verstrekkingen, moet het deel B invullen en een exemplaar van het formulier aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats terugzenden. Indien het bevoegde orgaan een orgaan is van het Verenigd Koninkrijk behoeft dit formulier niet te worden ingevuld.

A. Kennisgeving

1 Aan het bevoegde orgaan

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....
.....

2 (3) ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige ☐ Werkloze ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers) ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen) ☐ Aanvrager van een pensioen

2.1 Naam (3 bis)
.....
2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (3 bis) ..... Geboortedatum .....
2.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2)
.....
.....
2.4 Identificatienummer (3 ter): .....

3 Betrokken gezinslid

3.1 Naam (3 bis)
.....
3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen ..... Geboortedatum .....
3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2) (4)
.....
3.4 Identificatienummer (3 ter): .....

4 Verwezen wordt naar:
4.1 ☐ Uw formulier ..... van ..... (5)
4.2 ☐ ons formulier E 107 van .....
5 Onze medische dienst heeft voor de persoon genoemd
☐ in vak 2 ☐ in vak 3
5.1 ☐ de noodzaak ☐ de dringende noodzaak vastgesteld
5.2 van de volgende verstrekkingen: .....
.....
5.3 waarvan de ☐ waarschijnlijke ☐ werkelijke kosten volgens onze tarieven bedragen
..... (6)
6 ☐ Het rapport van de vertrouwensarts gaat hierbij (7)
7 De sub 5.2 genoemde verstrekkingen (8)
7.1 ☐ werden in verband met het dringende karakter reeds verleend op .....
7.2 ☐ zullen worden verleend indien U hiertegen niet binnen 15 dagen na de verzenddatum van deze kennisgeving gemotiveerd verzet aantekent.

▼B

E 114

8	Orgaan van de woon- of verblijfplaats	
8.1	Naam:	.....
8.2	Adres (2):	.....
		.....
8.3	Stempel	
	8.4 Datum:	.....
	8.5 Handtekening	
		.....

B. Eventueel verzet van het bevoegde orgaan

9 Met verwijzing naar punt 7.2 delen wij U mede dat de onder 5.2 genoemde verstrekkingen niet kunnen worden verleend.

Redenen:

.....

.....

10	Bevoegd orgaan		
10.1	Naam:	.....	Codenummer (9): .....
10.2	Adres (2):	.....	
		.....	
10.3	Stempel		
	10.4 Datum:	.....	
	10.5 Handtekening		
		.....	

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3) Wanneer het slachtoffer in België of Liechtenstein is verzekerd, hieronder naam en adres van de werkgever vermelden.

Naam of firmanaam: .....

Adres (2): .....

.....

(3 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(3 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(4) Alleen invullen indien het adres van het gezinslid afwijkt van het in vak 2 vermelde adres.

(5) Nummer en datum van afgifte van het formulier betreffende het recht op verstrekkingen van de verzekerde.

(6) Het bedrag van de kosten opgeven in de valuta van het land van de woon- of verblijfplaats.

(7) In het vakje een kruisje plaatsen wanneer dit rapport wordt bijgevoegd.

(8) Wanneer het een Belgische zelfstandige betreft **uitsluitend** de verstrekkingen in geval van ziekenhuisopneming in aanmerking nemen.

(9) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 115 ☐ (1)

AANVRAAG OM UITKERINGEN WEGENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

Wanneer het formulier betrekking heeft op een actieve werknemer behoeft slechts één exemplaar te worden ingevuld dat moet worden gezonden aan het bevoegde orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering of van de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering. Wanneer het formulier echter op een werkloze betrekking heeft, moeten nog twee extra exemplaren worden ingevuld, waarvan één aan het bevoegde orgaan van de werkloosheidsverzekering moet worden gezonden en het andere aan het overeenkomstige orgaan van het land waarheen de werkloze zich heeft begeven om aldaar werk te zoeken (zie eveneens voetnoten (7) en (9)).

1 Aan het bevoegde orgaan

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (2): .....
.....
.....

2 ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige ☐ Werkloze

2.1 Naam (2 bis)
.....

2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....

2.3 Adres in de bevoegde Staat (2):
.....
.....

2.4 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2)
.....
.....

2.5 Identificatienummer (2 ter): .....

2.6 In het bezit van het op ..... uitgereikte formulier E 119 (3)
en het op ..... uitgereikte formulier E 303 (3)

3 Werkgever (4)

3.1 Naam of firmanaam: .....

3.2 Adres (2): .....
.....

3.3 Aard van de onderneming: .....

A. ☐ (5) Aanvraag om uitkeringen

4 De in vak 2 genoemde persoon heeft op ..... (datum)
een aanvraag om uitkeringen ingediend wegens arbeidsongeschiktheid als gevolg van:

4.1 ☐ ziekte ☐ moederschap (vermoedelijke datum bevalling: .....)
☐ een arbeidsongeval ☐ een ongeval op ..... (datum)
☐ beroepsziekte ☐ adoptie ☐ verminderde vergoeding bij moederschap en adoptie (6)

5 De verklaring van de behandelend geneesheer
☐ gaat hierbij ☐ kon niet worden overgelegd

▼B

E 115

6 Volgens het rapport van onze controlerend geneesheer
- ☐ dat als bijlage wordt medegezonden
- ☐ dat zo spoedig mogelijk zal worden toegezonden

6.1 ☐ begon de arbeidsongeschiktheid op .....
en zal zij vermoedelijk voortduren t/m .....
6.2 ☐ werd geen arbeidsongeschiktheid geconstateerd (7)

7 ☐ Betrokkene heeft zich niet gehouden aan de voorschriften van onze wetgeving, in het bijzonder:
.....
.....

8 ☐ De arbeidsongeschiktheid werd veroorzaakt door een ongeval waarvoor vermoedelijk een derde aansprakelijk is.
8.1 ☐ Wij zenden U bijgaand een verslag betreffende de toedracht van dit ongeval en het adres van de daarbij betrokken derde.
9 ☐ Wij zijn bereid de uitkeringen voor Uw rekening aan de betrokkene te betalen. Gelieve ons te berichten of U zich met deze procedure kunt verenigen en ons in het bevestigende geval de nodige gegevens voor de uitbetaling te verschaffen (8).

10 ☐ Wij zijn niet bereid de betrokkene uitkeringen voor Uw rekening te betalen.

B. ☐ (5) Voortduren van de arbeidsongeschiktheid

11 Met verwijzing naar:
11.1 ☐ ons formulier E 115 van .....
11.2 ☐ Uw formulier E 117 van .....
11.3 delen wij mede dat naar het oordeel van onze controlerend geneesheer
- ☐ wiens rapport hierbij gaat
- ☐ wiens rapport zo spoedig mogelijk zal worden toegezonden

de in vak 2 genoemde persoon vermoedelijk arbeidsongeschikt zal blijven t/m
.....

12 Orgaan van de woon- of verblijfplaats

12.1 Naam: .....
12.2 Adres (2): .....
.....
12.3 Stempel

12.4 Datum: .....
12.5 Handtekening
.....

▼B

E 115

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België, DK = Denemarken, D = Duitsland, GR = Griekenland, E = Spanje, F = Frankrijk, IRL = Ierland, I = Italië, L = Luxemburg, NL = Nederland, P = Portugal, GB = Vereinigd Koninkrijk, A = Oostenrijk, FIN = Finland, IS = IJsland, FL = Liechtenstein, N = Noorwegen, S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(3) Alleen invullen wanneer het een werkloze betreft.

(4) Bij een werkloze de laatste werkgever vermelden.

(5) Deel A of B invullen en in het bij het ingevulde deel behorende vakje een kruisje plaatsen. Voor Nederland is het noodzakelijk vak 4 in te vullen.

(6) Indien de aanvraag uit Noorwegen wordt ingediend.

(7) Een kopie van het aan de belanghebbende gerichte formulier E 118 bijvoegen.

(8) Indien het formulier naar een Duits of een Italiaans orgaan gezonden wordt moet niet dit vakje aangekruist worden maar uitsluitend het vakje 10.

(9) Voor Italië dient dit formulier in geval van ziekte en moederschap te worden gezonden aan het plaatselijke kantoor van het „Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS) (Nationaal Instituut voor sociale voorzieningen) en ingeval van een arbeidsongeval of beroepsziekte aan het „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL) (Nationaal Instituut voor ongevallenverzekering). Voor Nederland dient het formulier, wanneer het bevoegde orgaan van de ziekteverzekering niet bekend is, te worden gericht aan het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK), Postbus 8300, 1005 CA Amsterdam.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 116 ☐ (1)

GENEESKUNDIGE VERKLARING IN GEVAL VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
(ZIEKTE, MOEDERSCHAP, ARBEIDSONGEVAL, BEROEPSZIEKTE)

V. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii, 1.b.ii en 1.c.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii, 1.b.ii en 1.c.ii

V. 574/72: art. 18.2 en 3; art. 24; art. 26.5 en 7; art. 61.2 en 3; art. 64; art. 65.2 en 4

In te vullen door de arts van het orgaan dat formulier E 115 invult en in geval van ziekte of moederschap in een gesloten enveloppe bij dit formulier te voegen. Voor België moet dit formulier steeds eerst aan het bevoegde orgaan van de ziekteverzekering worden gezonden (9). Voor Liechtenstein, Noorwegen en Zweden wordt het formulier ingevuld door de door de betrokkene geconsulteerde arts en geverifieerd door het verzekeringsorgaan.

1 Aan het bevoegde orgaan

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (2): .....

.....

1.3 Betreft: ons formulier E 116 van .....

2 Bijlage bij formulier E 115 van .....

3 ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige ☐ Werkloze

3.1 Naam (2 bis)

.....

3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....

3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2)

.....

.....

3.4 Identificatienummer (3): .....

4 Ondergetekende, ... , arts, heeft bovengenoemde verzekerde

op ..... onderzocht en is van mening

4.1 dat het betreft

☐ ziekte (3) ☐ moederschap (vermoedelijke datum bevalling: .....)

4.2 dat het waarschijnlijk betreft

☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte ☐ een ongeval

4.3 ☐ herhaling of verergering

▼B

E 116

Deel A: Algemeen rapport

5 (In alle gevallen invullen, ook bij arbeidsongevallen)

5.1 Anamnese en thans waarneembare symptomen:
.....
.....

5.2 Klinisch onderzoek

5.3 Algemene toestand ..... Gewicht ..... Lengte ..... (4)

5.4 Verdere opmerkingen: .....
.....
.....

5.5 Technisch onderzoek (5): .....
.....
.....

5.6 Diagnose: .....

5.7 Conclusies:

5.8 ☐ Niet arbeidsongeschikt bevonden

5.9 ☐ Arbeidsongeschikt bevonden met ingang
van ..... t/m .....

5.10 ☐ Gedeeltelijk arbeidsongeschikt bevonden voor
..... %, van ..... t/m ..... (5 bis)

5.11 ☐ De betrokkene zal onderworpen worden aan een nader medisch onderzoek op .....

5.12 ☐ De arbeidsongeschiktheid is geëindigd met ingang van .....

Deel B: Rapporten bij een arbeidsongeval

6 Eerste medisch rapport

6.1 Bovengenoemd ongeval heeft het volgende letsel tot gevolg gehad (6)
.....
.....
.....

6.2 Dit letsel ☐ heeft tot gevolg ☐ zal tot gevolg hebben (7)
.....
.....
.....

6.3 De arbeidsongeschiktheid heeft een aanvang genomen op .....

6.4 De door dit ongeval getroffene wordt behandeld

☐ thuis ☐ in de praktijk van de geneeskundige

☐ in een ziekenhuis ☐ elders

Adres (2) (8): .....
.....

▼B

E 116

7	Laatste medisch rapport

7.1 De behandeling is beëindigd op .....

7.2 Het letsel is geconsolideerd per .....

7.3 ☐ en zal geen blijvende gevolgen hebben.

7.4 ☐ en zal waarschijnlijk tot gevolg hebben:

.....

.....

.....

7.5 Uitvoerige beschrijving van de toestand van de getroffene na genezing of aan het einde van de behandeling:

.....

.....

.....

.....

8	Orgaan van de woon- of verblijfplaats

8.1 Naam: .....

8.2 Adres (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Handtekening arts

.....

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(3) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(4) Gegevens, voor zover nodig geacht, vermelden.

(5) Aard en datum van het onderzoek vermelden.

(5 bis) Ten behoeve van Noorse organen.

(6) Aard van het letsel en gekwetst lichaamsdeel aangeven: armfractuur, kneuzing van hoofd of vinger, inwendig letsel, bewusteloosheid, enz.

(7) Zekere of vermoedelijke gevolgen van het geconstateerde letsel aangeven: dood, blijvende of tijdelijke, totale of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid; bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid de vermoedelijke duur opgeven.

(8) Indien het slachtoffer in een ziekenhuis wordt behandeld ook het adres daarvan aangeven.

(9) Formulier E 116 wordt niet vereist voor het verkrijgen van moederschapsuitkeringen betaalbaar door België.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 117 ☐ (1)

TOEKENNING VAN UITKERINGEN BIJ MOEDERSCHAP EN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

V. 1408/71: art. 19.1.b; art. 22.1.a.ii; art. 25.1.b; art. 52.b; art. 55.1.a.ii
V. 574/72: art. 18.6 en 8; art. 24; art. 26.7; art. 61.6 en 8; art. 64

Het bevoegde orgaan vult dit formulier in en zendt het aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats. Het bevoegde orgaan moet de verzekerde eveneens in kennis stellen wanneer de uitkeringen door het orgaan van de woonplaats worden betaald (art. 61.8 van V. 574/72).

1 Aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (2): .....
.....
.....

2 Betreft: Uw formulier E 115 van .....

3 ☐ De werknemer ☐ De zelfstandige ☐ De werkloze

3.1 Naam (2 bis)
.....
3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (2 bis) ..... Geboortedatum .....
3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2)
.....
.....
3.4 Identificatienummer (2 ter): .....

4 ☐ heeft voorlopig behoudens eventuele verlenging, recht op uitkering
van ..... t/m .....
4.1 ☐ heeft geen recht op uitkering
Reden: zie bijgevoegd formulier E 118
4.2 ☐ heeft geen recht meer op uitkering met ingang van .....
Reden: zie bijgevoegd formulier E 118

5 Deze uitkeringen worden betaald (3 bis)
5.1 ☐ door ons
5.2 ☐ door U voor onze rekening (3 ter)
5.3 ☐ door de werkgever (4)
van ..... t/m ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 De uitkering moet worden betaald:
6.2 voor alle dagen van de week behalve ☐ maandag ☐ dinsdag ☐ woensdag ☐ donderdag ☐ vrijdag ☐ zaterdag ☐ zondag
6.3 Het nettobedrag van de uitkering bedraagt per dag
..... (7) indien verzekerde niet in een ziekenhuis is opgenomen
en ..... (7) indien hij wel in een ziekenhuis is opgenomen.
6.4 ☐ (8) Wanneer de uitkeringen voor een hele maand verschuldigd zijn, worden zij voor 30 dagen toegekend, ongeacht of de maand meer of minder dan 30 dagen telt.

7 Wij verzoeken U ons zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van het resultaat van
7.1 ☐ een ..... onderzoek (9)
7.2 ☐ een administratieve controle
7.3 ☐ een hernieuwde medische controle, die moet plaatsvinden omstreeks (datum) .....

▼B

E 117

8	Bevoegd orgaan		
8.1	Naam:	Codenummer ([10]):	.....
8.2	Adres ([2]):		
	.....		
8.3	Stempel	8.4 Datum:	.....
		8.5 Handtekening	
		.....	

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

OPMERKINGEN

([*]) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

([1]) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

([2]) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

([2 bis]) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

([2 ter]) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

([3]) Niet invullen wanneer het een werkloze betreft voor wie een formulier E 119 werd uitgereikt.

([3 bis]) Het bevoegde orgaan kan hieronder de wijze van betaling vermelden.
.....
.....

([3 ter]) Indien dit formulier aan een Frans of een Italiaans orgaan gericht is, dit vakje niet aankruisen.

([4]) Zo nodig in te vullen door Deense, Duitse of Luxemburgse organen.

([5]) In te vullen door Duitse, Spaanse en Luxemburgse organen.

([6]) Alleen invullen voor het in punt 5.2 genoemde geval.

([7]) Bedrag in de muntsoort van het bevoegde land.

([8]) Indien van toepassing een kruisje in dit vakje plaatsen.

([9]) Aard van het gewenste medische onderzoek vermelden (röntgenfoto, analyse van ..., enz)

([10]) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 118 ☐ (1)

KENNISGEVING VAN NIET-CONSTATEREN OF EINDE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

Indien het formulier betrekking heeft op een actieve werknemer of zelfstandige moet het door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (of het bevoegde orgaan) in tweevoud worden ingevuld; één van de exemplaren moet aan de verzekerde en het andere aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering of de verzekering tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten van het bevoegde land (van de woon- of de verblijfplaats) worden toegezonden. Indien het echter betrekking heeft op een werkloze moeten behalve deze beide exemplaren, waarvan één voor de werkloze bestemd is, nog twee extra exemplaren worden ingevuld, waarvan één moet worden toegezonden aan het bevoegde orgaan van de werkloosheidsverzekering en het andere aan het dienovereenkomstige orgaan van het land waar de werkloze werk zoekt.

1 ☐ Aan de werknemer ☐ Aan de zelfstandige ☐ Aan de werkloze

1.1 Naam (1 bis)
.....

1.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) ..... Geboortedatum .....

1.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2)
.....
.....

1.4 Identificatienummer (2 bis): .....

2 ☐ Bestemd voor het bevoegde orgaan ☐ Orgaan van de woon- of verblijfplaats

2.1 Naam: .....

2.2 Adres (2): .....
.....

3 ☐ Uit de feiten die ons ter kennis werden gebracht

☐ Uit de door onze geneesheer verrichte controle op ..... blijkt

3.1 ☐ dat U gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent.

3.2 ☐ U hebt recht op een gedeeltelijke uitkering ten bedrage van ..... ingaande ..... (3)

3.3 ☐ dat U niet arbeidsongeschikt bent

3.4 ☐ dat Uw arbeidsongeschiktheid geëindigd is op ..... (4)

3.5 ☐ De laatste dag waarover U uitkeringen ontvangt is .....

3.6 ☐ Het bevoegde orgaan zal de laatste dag vaststellen waarover U uitkeringen ontvangt.

3.7 ☐ U hebt geen recht op prestaties omdat .....
.....

4 ☐ Orgaan van de woon- of verblijfplaats ☐ Bevoegd orgaan

4.1 Naam: ..... Codenummer (5): .....

4.2 Adres (2): .....
.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Handtekening
.....

▼B

E 118

AANWIJZINGEN

Dit formulier met bijlage bestaande uit 5 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de werknemer/de zelfstandige/de werkloze

Indien U niet instemt met de beslissing die U hierbij wordt medegedeeld kunt U in beroep gaan.

De wijze waarop en de termijnen waarbinnen U in beroep kunt gaan zijn in de bijlage vermeld. Voor de wijze waarop en de termijnen waarbinnen U in beroep kunt gaan, dient U zich te houden aan de aanwijzingen inzake het bevoegde land.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(2 bis) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(3) Alleen invullen wanneer het bevoegde orgaan het formulier invult. Vermelden of het om een uitkering per dag, per week, per maand gaat.

(4) De laatste dag van arbeidsongeschiktheid vermelden.

(5) Invullen indien beschikbaar.

▼B

E 118 Bijlage

MOGELIJKHEDEN TOT EN TERMIJNEN VAN BEROEP

V. 574/72: art. 18.4; art. 61.4

1. **BELGIË**

Indien men zich niet kan verenigen met bijgaande kennisgeving kan schriftelijk, gedateerd en ondertekend beroep worden aangetekend, dat binnen een maand na de dag van de kennisgeving van het betwiste besluit aangetekend moet worden gericht aan de griffie van het bevoegde arbeidsgerecht.

Onder bevoegd arbeidsgerecht dient te worden verstaan:

a) indien de betrokkene in België woont: het arbeidsgerecht van het arrondissement waarbinnen het domicilie zich bevindt;

b) indien de betrokkene niet of niet meer in België woont: het arbeidsgerecht van het arrondissement waarbinnen het domicilie of de laatste verblijfplaats in België zich bevond;

c) indien de betrokkene geen woonplaats of verblijfplaats heeft gehad in België: het arbeidsgerecht van het arrondissement van de laatste werkzaamheid in België.

2. **DENEMARKEN**

Indien men bezwaar wenst te maken tegen deze beslissing kan, binnen vier weken te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing, een beroep worden ingediend bij het „Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget" (Raad van Beroep van de Sociale Zekerheid, Commissie Ziekengeld), Amaliegade 25, Postboks 3061, 1021 Kopenhagen.

3. **DUITSLAND**

Deze officiële administratieve beschikking wordt definitief indien binnen drie maanden, te rekenen vanaf de dag van de kennisgeving, geen beroep is aangetekend. Het beroep moet binnen drie maanden schriftelijk worden ingediend bij het volgende Duitse orgaan:

Naam: .....
Adres: .....
.....

4. **GRIEKENLAND**

Indien men zich niet met deze beslissing kan verenigen, kan binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de kennisgeving beroep worden aangetekend bij:

Naam: .....
Adres: .....
.....

5. **SPANJE**

Tegen bijgaande beslissing kan men binnen een termijn van 30 werkdagen te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de kennisgeving hetzij rechtstreeks, hetzij door bemiddeling van het orgaan van de woonplaats of verblijfplaats in beroep gaan bij:

Naam: .....
Adres: .....
.....

6. **FRANKRIJK**

Indien men bezwaar wenst te maken tegen deze beslissing, kan binnen twee maanden na de dag van ontvangst van deze kennisgeving beroep worden aangetekend bij de geneesheer-directeur van het hieronder genoemde ziekenfonds:

Naam: .....
Adres: .....
.....

▼B

E 118 Bijlage

7. **IERLAND**

Indien men niet instemt met deze beslissing kan een verzoek worden gericht aan het „Social Welfare Appeals Office" (Beroepsinstantie van de sociale bijstand), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Een dergelijk verzoek moet worden ingediend binnen 21 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van deze beslissing.

8. **ITALIË**

Beroep INPS (Ziekte en moederschap)

Tegen de beslissingen van het INPS kan de verzekerde binnen 90 dagen na de ontvangst van de desbetreffende beslissing bezwaar maken door indiening van een administratief bezwaarschrift bij de bevoegde provinciale commissie. Binnen het tijdvak van een jaar na de kennisgeving van de beschikking van genoemde commissie, of indien na 90 dagen vanaf de indiening van het bezwaar geen uitsluitsel is ontvangen, kan de betrokkene het INPS in rechte aanspreken.

Beroep INAIL (Arbeidsongevallen en beroepsziekten)

Tegen de beslissingen van het INAIL kan de verzekerde binnen 60 dagen na de ontvangst van de toegezonden kennisgeving bezwaar maken bij het INAIL per aangetekende brief met bewijs van ontvangst of tegen afgiftebewijs onder vermelding van de redenen op grond waarvan de beslissing van het INAIL ongerechtvaardigd wordt geacht; in geval van blijvende arbeidsongeschiktheid aangeven op welke schadeloosstelling naar de mening van de betrokkene recht bestaat; in ieder geval moet bij het verzoek een medische verklaring worden gevoegd waaruit de motivering van het verzoek blijkt.

Wanneer binnen 60 dagen na de datum van de ontvangst van het verzoek als bedoeld in de vorige alinea geen antwoord is ontvangen of het ontvangen antwoord niet bevredigend wordt geacht, kan de betrokkene het INAIL in rechte aanspreken.

Het bezwaar met een uiteenzetting van de redenen kan rechtstreeks bij het INAIL of door tussenkomst van het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden ingediend.

9. **LUXEMBURG**

Indien men niet instemt met deze beslissing kan binnen 40 dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van deze beslissing beroep worden aangetekend bij de „Conseil arbitral des assurances sociales" (Arbitrale Raad van de sociale verzekeringen).

10. **NEDERLAND**

Indien men niet instemt met de aangehechte beschikking kan binnen een redelijke termijn aan het bevoegde Nederlandse orgaan (vermeld in vak 2 of 4 van formulier E 118) een voor beroep vatbare beslissing worden gevraagd. In de beschikking wordt aangegeven op welke wijze en binnen welke termijn daartegen beroep kan worden ingesteld.

11. **PORTUGAL**

Indien men niet instemt met deze beslissing kan

— indien de arbeidsongeschiktheid erkend is, binnen een termijn van acht dagen na de ontvangst van de beschikking een beroep worden ingesteld bij de regionale „Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde" (Regionale Administratieve Gezondheidscommissie),

— indien een verzoek om uitkeringen om administratieve redenen is afgewezen, binnen een termijn van twee maanden na de ontvangst van de beschikking een beroep worden ingesteld bij de plaatselijke bevoegde administratieve rechtbank („Tribunal Administrativo de Circulo"). Indien de betrokkene buiten Portugal woont wordt de termijn voor de indiening van het beroep verlengd tot vier maanden na de ontvangst van de beschikking.

12. **VERENIGD KONINKRIJK**

Indien men niet instemt met deze beslissing kan binnen 28 dagen na de ontvangst van de beschikking beroep worden aangetekend bij het „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerie van Sociale Zekerheid, Bureau Uitkeringen, Dienst Buitenlandse Uitkeringen) te Newcastle-upon-Tyne, of het „Northern Ireland Security Agency, Overseas Branch" (Bureau Sociale Zekerheid voor Noord-Ierland, Afdeling Buitenland) te Belfast, naar gelang van het geval.

13. **OOSTENRIJK**

Indien men niet instemt met de aangehechte gegevens (formulier E 118), kan aan het in rubriek 2 of 4 van genoemd formulier vermelde Oostenrijkse bevoegde orgaan om een beschikking worden verzocht en eveneens om aanwijzingen inzake de mogelijke rechtsmiddelen.

▼B

E 118 Bijlage

14. **FINLAND**

Indien men de aangehechte beslissing wil aanvechten kan binnen 30 dagen na de datum waarop de kennisgeving van de beslissing werd ontvangen, een bezwaarschrift worden ingediend bij ofwel het in rubriek 2 of 4 van het formulier E 118 vermelde Finse verzekeringsorgaan, dan wel bij het verzekeringsorgaan dat zich het dichtst bij de woonplaats bevindt en dat eveneens vermeld is in een van de hierboven genoemde rubrieken.

15. **IJSLAND**

Indien men de aangehechte beslissing wil aanvechten kan een beroep worden ingesteld bij de Nationale Sociale Zekerheidsraad te Reykjavik.

16. **LIECHTENSTEIN**

a) Met betrekking tot de verzekering bij ziekte: indien men niet instemt met een beslissing over een ziekteverzekering kan om een formele beschikking worden verzocht waarin de redenen en de mogelijke rechtsmiddelen worden uiteengezet.

   Binnen een termijn van 60 dagen na ontvangst van deze formele beschikking kan de betrokkene een beroep instellen bij de betrokken rechtbank.

b) Met betrekking tot de ongevallenverzekering: indien men niet instemt met een beslissing kan binnen twee maanden na ontvangst van deze beslissing aan de betrokken ongevallenverzekeraar worden verzocht zijn beslissing te herzien.

   Indien men niet instemt met de beslissing van de ongevallenverzekeraar kan eveneens binnen een termijn van twee maanden na ontvangst van de beslissing een beroep worden ingesteld bij de betrokken rechtbank. Hetzelfde geldt voor de beslissing van de ongevallenverzekeraar op het hierboven genoemde verzoek om herziening.

17. **NOORWEGEN**

Een bezwaar tegen een Noorse beslissing moet gezonden worden aan het in rubriek 2 of 4 van formulier E 118 vermelde orgaan, binnen een termijn van zes weken na ontvangst van de beslissing.

18. **ZWEDEN**

Binnen een termijn van twee maanden na de feitelijke kennisneming van de beslissing kan een bezwaar worden ingediend bij het in rubriek 2 of 4 van het formulier E 118 vermelde bevoegde Zweedse orgaan. In het bezwaarschrift moet worden uiteengezet waarom de beslissing ongerechtvaardigd wordt geacht.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op de bladzijden 3 en 4

E 119 ☐ (1)

VERKLARING INZAKE HET RECHT VAN WERKLOZEN EN HUN GEZINSLEDEN OP UITKERINGEN EN VERSTREKKINGEN KRACHTENS DE ZIEKTE- EN MOEDERSCHAPSVERZEKERING

V. 1408/71: art: 25.1 en 3.i
V. 574/72: art. 26.1

Het bevoegde orgaan moet het formulier aan de werkloze ter hand stellen of aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats toezenden, indien het formulier op verzoek van laatstbedoeld orgaan is ingevuld.

1 Bestemd voor het orgaan van de woon- of verblijfplaats (2)

1.1 Naam: .....
1.2 Adres (3): .....
.....
1.3 Betreft: Uw formulier ☐ E 107 van ..... ☐ E 115 van .....

2 Werkloze

2.1 Naam (3 bis)
.....
2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (3 bis) ..... Geboortedatum .....
2.3 Adres in het land waarheen hij zich heeft begeven om werk te zoeken (3)
.....
.....
2.4 Identificatienummer: .....

3 Laatste werkgever

3.1 Naam of firmanaam: .....
3.2 Adres (3): .....
.....

4 Bovengenoemde persoon heeft bij ziekte en moederschap recht op

☐ verstrekkingen voor zichzelf

☐ uitkeringen voor zichzelf

☐ verstrekkingen voor zijn gezinsleden

op voorwaarde dat het orgaan van de werkloosheidsverzekering in het land waarheen hij zich heeft begeven om werk te zoeken de verklaring ingevolge art. 26.2, eerste alinea, van V. 574/72 op formulier E 303/3 heeft toegezonden aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van bedoeld land.

5 De verstrekkingen kunnen worden verleend:

5.1 ☐ gedurende het tijdvak waarover recht op werkloosheidsuitkeringen bestaat

5.2 ☐ voor de t/m ..... optredende gevallen van ziekte
gedurende ..... dagen ..... weken.

6 Bij arbeidsongeschiktheid kunnen uitkeringen worden betaald:

6.1 ☐ gedurende het tijdvak waarover recht op werkloosheidsuitkeringen bestaat

6.2 ☐ voor de t/m ..... opgetreden gevallen van ziekte
gedurende ..... dagen ..... weken.

7 Bedoelde uitkeringen worden

7.1 ☐ door ons betaald

7.2 ☐ door U voor onze rekening betaald (3 ter)

▼B

E 119

8

8.1 De uitkering moet worden betaald:

8.2 ☐ over dezelfde dagen van de week als waarover werkloosheidsuitkeringen moeten worden verleend

8.3 ☐ voor alle dagen van de week behalve ☐ maandag ☐ dinsdag ☐ woensdag ☐ donderdag ☐ vrijdag ☐ zaterdag ☐ zondag

9 (4)

9.1 Het per dag verschuldigde nettobedrag van deze uitkering is gelijk aan:

9.2 ☐ het bedrag van de werkloosheidsuitkeringen

9.3 ☐ ..... (5), wanneer de verzekerde niet in een ziekenhuis is opgenomen

en ..... (5), wanneer de verzekerde wel in een ziekenhuis is opgenomen.

10 Bevoegd orgaan (6)

10.1 Naam: ..... Codenummer (7): .....

10.2 Adres (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Handtekening

.....

▼B

E 119

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 4 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de werkloze

a) *Naast dit formulier E 119 dient U in het bezit te zijn van een exemplaar van formulier E 303/3: rubriek 7 van laatstgenoemd formulier zal ingevuld zijn door het orgaan van de werkloosheidsverzekering in het land waar U werk zoekt.*

Om in geval van ziekte verstrekkingen voor U en Uw gezinsleden te ontvangen moet U zich tot het volgende verzekeringsorgaan wenden:

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur). Hulp van een arts, tandarts en apotheker kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemde organen. Bij iedere aanvraag om een prestatie moet dit formulier worden overgelegd. Inlichtingen omtrent artsen en tandartsen tot wie men zich kan wenden worden verstrekt door het „social- og sundhedsforvaltning" (plaatselijk sociaal bureau);*

in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK, Algemeen plaatselijk ziekenfonds);*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*

in **Spanje,** *„Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid) van de woon- of verblijfplaats. Indien U verstrekkingen wegens ziekte of moederschap nodig hebt kunt U zich wenden tot de medische diensten of de ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,** *„l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Luxemburg,** *„Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor arbeiders);*

in **Nederland,** *naar vrije keuze een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds;*

in **Portugal,** *voor* **het vasteland:** *„Administração Regional de Saúde" (Regionale administratie voor de gezondheid) van de woon- of verblijfplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Funchal; voor de* **Azoren:** *„Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionale directie voor de volksgezondheid) te Angra do Heroísmo;*

in het **Verenigd Koninkrijk,** *„Medical Service" (medische dienst: de arts, tandarts, het ziekenhuis), waar de behandeling wordt gevraagd;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de woon- of verblijfplaats;*

in **Finland,** *het plaatselijke kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering). Dit formulier moet worden overgelegd aan het behandelende gemeentelijke gezondheidscentrum of openbaar ziekenhuis ter verkrijging van verstrekkingen;*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (National Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor) van de woon- of verblijfplaats. De geneeskundige zorg kan worden verkregen zonder inschakeling van genoemd kantoor. Bij een verzoek om deze zorg dient dit formulier te worden overgelegd;*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds) van de woon- of verblijfplaats. Geneeskundige zorg (ziekenhuis, arts, tandarts, enz.) kan worden verkregen zonder inschakeling van genoemd fonds.*

b) *Teneinde uitkeringen te verkrijgen voor Uzelf in geval van arbeidsongeschiktheid of ziekenhuisopneming, dient U (behalve wanneer U zich in Nederland bevindt) de onder a) genoemde formulieren, alsmede een door Uw behandelende geneesheer afgegeven verklaring van arbeidsongeschiktheid over te leggen,*

— *wanneer U zich in België, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zweden bevindt: bij het onder a) vermelde verzekeringsorgaan;*

— *wanneer U zich in Denemarken bevindt: bij de „social- og sundhedsforvaltning" (Sociale gezondheidsdienst) van de gemeente en in de gemeenten Kopenhagen, Odense, Aalborg en Aarhuus bij de „Magistrat" (Gemeentebestuur);*

— *wanneer U zich in Ierland bevindt: bij het „Department of Social Welfare, EC Records Section" (Ministerie van sociale zekerheid, afdeling EG) te Dublin 2;*

— *wanneer U zich in Nederland bevindt dient U Uw arbeidsongeschiktheid te melden aan het districtskantoor van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK) waarvan U Uw werkloosheidsuitkering ontvangt;*

— *wanneer U zich in Portugal bevindt: voor* **het vasteland:** *bij het „Centro Regional de Segurança Social" (Regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woon- of verblijfplaats; voor* **Madeira:** *bij de „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor* **de Azoren:** *bij de „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionale directie van de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo;*

— *wanneer U zich in het Verenigd Koninkrijk bevindt: bij het „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerie van Sociale Zekerheid, Bureau Uitkeringen, Dienst Buitenlandse Uitkeringen) te Newcastle-upon-Tyne, of het „Northern Ireland Security Agency, Overseas Branch" (Bureau Sociale Zekerheid voor Noord-Ierland, Afdeling Buitenland) te Belfast, naar gelang van het geval.*

▼B

E 119

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Alleen invullen wanneer de verklaring op verzoek van het orgaan van de woon- of verblijfplaats is uitgereikt.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(3 ter) Indien dit formulier naar een Italiaans orgaan wordt gezonden dit vakje niet aankruisen maar alleen vakje 7.1.

(4) Alleen invullen indien de uitkeringen door het orgaan van de woon- of verblijfplaats moeten worden betaald.

(5) Bedrag in de muntsoort van het bevoegde land.

(6) Wanneer dit formulier wordt uitgereikt door een Nederlands orgaan komen de kosten van de verstrekkingen ten laste van de Ziekenfondsraad te Amstelveen. De uitkeringen komen ten laste van het orgaan dat dit formulier uitreikt.

(7) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 4

E 120 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT VAN AANVRAGERS VAN PENSIOEN OF RENTE EN VAN HUN GEZINSLEDEN OP VERSTREKKINGEN

V. 1408/71: art. 26.1
V. 574/72: art. 28

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt dit in tweevoud toe aan de belanghebbende, die deze exemplaren aan het orgaan van zijn woonplaats overlegt. Indien de aanvrager van pensioen in het Verenigd Koninkrijk woont, dienen beide exemplaren van het formulier rechtstreeks te worden gezonden aan het „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" te Newcastle-upon-Tyne. Het orgaan van de woonplaats vult na ontvangst van beide exemplaren deel B van het formulier in en zendt één exemplaar door naar het orgaan genoemd in vak 6. Eventueel worden beide exemplaren eerst toegezonden aan het orgaan dat de vakken 5 en 6 moet invullen.

A. Kennisgeving van het recht

1 Bestemd voor het orgaan van de woonplaats (2)

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (3): .....

.....

1.3 Betreft: Uw formulier E 107 van .....

2 Aanvrager van pensioen of rente

2.1 Naam (3 bis)

.....

2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (3 bis) ..... Geboortedatum .....

2.3 Adres in het land van de woonplaats (3): .....

.....

2.4 Identificatienummer (3 ter): .....

3 In te vullen door het orgaan waarbij de aanvraag om pensioen of rente in behandeling is

3.1 Bovengenoemde heeft op .....
een aanvraag ingediend voor pensioen of rente van de volgende aard:
☐ ouderdom ☐ invaliditeit ☐ nagelaten betrekkingen
☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte

3.2 (4) ☐ Uit de behandeling van deze aanvraag blijkt dat voornoemde persoon recht heeft op een pensioen dat te onzen laste komt.

4 Orgaan dat vak 3 heeft ingevuld

4.1 Naam: .....

4.2 Adres (3): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Handtekening

.....

▼B

E 120

5	In te vullen door het orgaan waarbij de aanvraag om pensioen of rente in behandeling is of door het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van het land waar deze aanvraag in behandeling is (6)

5.1 Codenummer van het behandelend orgaan (4 bis): .....

5.2 De in vak 2 genoemde persoon en zijn gezinsleden hebben recht op verstrekkingen wegens ziekte/moederschap

5.3 ☐ met ingang van ..... en totdat mededeling wordt gedaan van intrekking van deze verklaring.

5.4 ☐ gedurende een jaar met ingang van .....

6	Orgaan dat vak 5 invult (6)

6.1 Naam: .....

6.2 Adres (3): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Handtekening

.....

B. Kennisgeving of betrokkene al dan niet is ingeschreven

7	(5) ☐

7.1 De in vak 2 genoemde persoon en zijn gezinsleden zijn niet ingeschreven bij ondergetekend orgaan.
Reden:
.....
.....

8	(5) ☐

8.1 Codenummer van het orgaan van de woonplaats (4 bis): .....

8.2 De in vak 2 genoemde persoon is met de volgende gezinsleden bij ondergetekend orgaan ingeschreven op
.....

9	Ingeschreven gezinsleden

	Naam (3 bis)	Voornamen	Geslacht V	Geslacht M	Vroeger gevoerde namen	Geboortedatum
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

▼B

E 120

10	Orgaan van de woonplaats	
10.1	Naam:	.....
10.2	Adres (3):	.....
		.....
10.3	Stempel	
	10.4 Datum:	.....
	10.5 Handtekening	
		.....

▼B

E 120

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 4 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de verzekerde

a) Deze verklaring geeft voor U en Uw gezinsleden recht op verstrekkingen in geval van ziekte of moederschap in het land waar U woont.

b) U dient zo spoedig mogelijk beide exemplaren van deze verklaring die in Uw bezit zijn over te leggen aan een der hierna genoemde verzekeringsorganen:

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur);*

in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK, Algemeen plaatselijk ziekenfonds);*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*

in **Spanje,** *„Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid) van de woonplaats. Indien U verstrekkingen wegens ziekte of moederschap nodig hebt kunt U zich wenden tot de medische diensten of de ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,** *„l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Luxemburg,** *„Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor arbeiders);*

in **Nederland,** *naar vrije keuze een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds;*

in **Portugal,** *voor* **het vasteland:** *„Centro Regional de Segurança Social" (Regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woonplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Segurança Social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor* **de Azoren:** *Direcção Regional de Segurança Social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor Uw woonplaats;*

in **Finland,** *het plaatselijke kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering);*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor) van Uw woonplaats;*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds) van Uw woonplaats. Geneeskundige zorg (ziekenhuis, arts, tandarts, enz.) kan worden verkregen zonder inschakeling van genoemd fonds.*

c) U bent verplicht de verzekeringsinstelling waaraan U dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering in Uw omstandigheden of die van Uw gezinsleden waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd (toekenning van een door U aangevraagd pensioen of rente, verandering van Uw woon- of verblijfplaats of die van Uw gezinsleden, enz.).

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Alleen invullen wanneer het formulier is afgegeven op verzoek van het orgaan van de woonplaats.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(3 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(4) Indien van toepassing een kruisje in dit vakje plaatsen.

(4 bis) Invullen indien beschikbaar.

(5) Vak 7 of vak 8 invullen en een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen.

(6) In Italië moeten de vakken 5 en 6 uitsluitend worden ingevuld door de USL (plaatselijke gezondheidsdiensten) of door het Ministerie van Volksgezondheid.

▼M2

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid EER (*)

Zie „aanwijzingen" op blz. 4

E 121 ☐ (1)

VERKLARING VOOR DE INSCHRIJVING VAN DE RECHTHEBBENDE OP PENSIOEN OF RENTE OF ZIJN GEZINSLEDEN, EN VOOR HET BIJHOUDEN VAN DE INVENTARISSEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 28.1.a; artikel 29.1.a
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 29.1, 2 en 3; artikel 30.1; artikel 95.4

Het orgaan dat de verklaring op grond van artikel 29, lid 2, of van artikel 30, lid 1, van Verordening (EEG) nr. 574/72 moet afgeven, vult deel A van het formulier in en reikt twee exemplaren daarvan uit aan de rechthebbende op pensioen of rente of aan het lid van zijn gezin of zendt deze toe aan het orgaan van de woonplaats indien dit het formulier heeft aangevraagd. Indien de rechthebbende of zijn gezinslid in het Verenigd Koninkrijk woont, dienen beide exemplaren van het formulier rechtstreeks te worden gezonden naar het „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" te Newcastle-upon-Tyne. Zo nodig worden beide exemplaren eerst toegezonden aan het orgaan dat de vakken 6 en 7 moet invullen. Na ontvangst van beide exemplaren vult het orgaan van de woonplaats deel B in en zendt een exemplaar aan het in vak 7 genoemde orgaan.

A. **Kennisgeving van het bestaan van het recht**

1. Orgaan van de woonplaats (2)

1.1. Naam:
.....
1.2. Adres (3): .....
.....
1.3. Betreft: uw formulier E 107 van .....

2. ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)
☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)

2.1. Naam (4):
.....
2.2. Voornamen: ..... Vroegere namen (4): ..... Geboortedatum: .....
2.3. Adres in het woonland (3):
.....
2.4. Datum van de eventuele verandering van woonplaats: .....
2.5. Identificatienummer (5): .....

3. In te vullen door het orgaan dat het pensioen of de rente verschuldigd is

3.1. Bovengenoemde persoon heeft recht op een pensioen of rente wegens:
☐ ouderdom ☐ invaliditeit ☐ nagelaten betrekkingen
☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte
3.2. Sedert .....
3.3. Nummer van het pensioen of de rente: .....

4. Orgaan dat vak 3 heeft ingevuld (6)

4.1. Naam: .....
4.2. Adres (3): .....
.....
4.3. Stempel
4.4. Datum: .....
4.5. Handtekening
.....

▼M2

E 121

5. Gezinslid van de pensioengerechtigde

5.1. Naam (4):

.....

5.2. Voornamen: ..... Vroegere namen (4): ..... Geboortedatum: .....

5.3. Adres in het woonland (3): .....

.....

5.4. Datum van de eventuele verandering van woonplaats: .....

5.5. Identificatienummer (5): .....

6. In te vullen door het orgaan dat het pensioen of de rente verschuldigd is of door het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van het land dat het pensioen of de rente verschuldigd is (7)

6.1. Codenummer van het behandelende orgaan (8): .....

6.2. ☐ De in vak 2 genoemde persoon

☐ De in vak 5 genoemde persoon

heeft recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering met ingang van .....

6.3. De kosten van de verstrekkingen die worden verleend aan die personen die in een andere dan de bevoegde staat wonen, komen te onzen laste

6.4. ☐ met ingang van ..... en tot bericht van intrekking van deze verklaring

6.5. ☐ een jaar vanaf ..... (9)

6.6. ☐ Door de afgifte van dit formulier eindigt de geldigheid van formulier E..... van.....

7. Orgaan dat vak 6 heeft ingevuld (7)

7.1. Naam: .....

7.2. Adres (3): .....

.....

7.3. Stempel

7.4. Datum: .....

7.5. Handtekening

.....

B. **Kennisgeving van de inschrijving**

8. ☐ (10)

8.1. ☐ De in vak 2 genoemde persoon

☐ De in vak 5 genoemde persoon

kon niet worden ingeschreven

8.2. ☐ omdat hij/zij reeds recht heeft op verstrekkingen krachtens de wetgeving van ons land

8.3. ☐ Andere redenen: .....

.....

.....

▼M2

E 121

9. ☐ (10)

9.1. ☐ De in vak 2 genoemde persoon
☐ De in vak 5 genoemde persoon
is ingeschreven

9.2. De kosten van bedoelde verstrekkingen komen voor uw rekening; de ingangsdatum voor de berekening van het vaste bedrag overeenkomstig artikel 95 van Verordening (EEG) nr. 574/72 is

.....

9.3. Codenummer van het orgaan van de woonplaats (8): .....

10. Orgaan van de woonplaats van de pensioengerechtigde of zijn gezinsleden

10.1. Naam: .....

10.2. Adres (3): .....

.....

10.3. Stempel

10.4. Datum: .....

10.5. Handtekening

.....

▼M2

E 121

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld, op de stippellijnen. Het formulier bestaat uit vier bladzijden en moet steeds compleet zijn, ook wanneer op een bladzijde niets is ingevuld. Voor elke in te schrijven persoon een afzonderlijk formulier invullen.

Aanwijzingen voor de pensioengerechtigde of zijn gezinslid

a) U dient dit formulier zo spoedig mogelijk in tweevoud over te leggen aan het volgende verzekeringsorgaan:

In **België**, de gekozen mutualiteit

in **Denemarken**, het „kommunekontor" van de woonplaats

in **Duitsland**, de „Krankenkasse" (ziekenfonds) van de woonplaats, naar keuze van de betrokkene

in **Griekenland**, als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het instituut voor sociale verzekeringen (IKA) dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend

in **Spanje**, de „ Dirección Provincial del instituto Nacional de la Seguridad Social" (provinciale directie van het nationaal instituut voor de sociale zekerheid) van de woonplaats

in **Frankrijk**, de „Caisse primaire d'assurance-maladie" (plaatselijk ziekenfonds)

in **Ierland**, de „Health Board" (gezondheidsdienst), in welks ressort de prestatie wordt aangevraagd

in **Italië**, de „Unità sanitaria locale" (USL) (plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst)

in **Luxemburg**, de „Caisse de maladie des ouvriers" (ziekenfonds voor arbeiders)

in **Nederland**, een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds

in **Oostenrijk**, de „Gebietskrankenkasse" (regionaal ziekenfonds) bevoegd voor de woonplaats

in **Portugal**, voor het **vasteland**, het „Centro Regional de Segurança Social" (regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woonplaats; voor **Madeira**, de „Direcção Regional de Segurança Social" (regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor de **Azoren**, de „Direcção Regional de Segurança Social" (regionale directie voor de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo

in **Finland**, het plaatselijk kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (instituut voor de sociale verzekering)

in **Zweden**, de „försäkringskassan" (bureau van het verzekeringsfonds) van de woonplaats

in **IJsland**, het „Tryggingastofnun rikisins" (instituut voor de sociale zekerheid) te Reykjavik

in **Liechtenstein**, „Amt für Volkswirtschaft" (bureau voor de nationale economie) te Vaduz

in **Noorwegen**, het plaatselijke „Trygdekontor" (verzekeringskantoor) van de woonplaats.

b) U bent verplicht de verzekeringsinstelling waaraan u dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering in uw omstandigheden waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd (schorsing of intrekking van het pensioen of de rente; verandering van uw woonplaats enz.).

NOTEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, sociale zekerheid. Voor de doeleinden van die overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

(1) Initiaal van het land van het orgaan dat deel A van het formulier invult: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; A = Oostenrijk; P = Portugal; FIN = Finland; S = Zweden; GB = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen.

(2) Alleen invullen wanneer het formulier op verzoek van het orgaan van de woonplaats is afgegeven.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(4) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgelijk stand, zoals deze voorkomen op de identiteitskaart of het paspoort.

(5) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer of de „codice fiscale" vermelden.

(6) In Frankrijk wordt deze rubriek voor zelfstandigen ingevuld door het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering.

(7) In Italië moeten de vakken 6 en 7 uitsluitend worden ingevuld door de USL of door het Ministerie van Gezondheid.

(8) Invullen indien beschikbaar.

(9) Indien het door een Duits, Frans, Italiaanse of Portugees orgaan ingevuld formulier betrekking heeft op een gezinslid.

(10) Naar gelang van de omstandigheden vak 8 of vak 9 invullen, en een kruisje in het desbetreffende vak plaatsen.

▼M2

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 123 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN VAN DE ARBEIDSONGEVALLEN- EN BEROEPSZIEKTEVERZEKERING

V. 1408/71: art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i en c.i
V. 574/72: art. 60.1; art. 62.4 en 6; art. 63.1 en 3

Indien het formulier door het orgaan van de woon- of verblijfplaats van de betrokkene door middel van formulier E 107 wordt aangevraagd, moet het aan bedoeld orgaan worden toegezonden; in andere gevallen moet het aan de verzekerde worden uitgereikt. Indien deze zich naar het Verenigd Koninkrijk begeeft dient een exemplaar van het formulier eveneens te worden gezonden aan het Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, te Newcastle-upon-Tyne.

1 Bestemd voor het orgaan van de woon- of verblijfplaats (2)

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (3): .....

.....

1.3 Betreft: Uw formulier E 107 van .....

2 ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige

2.1 Naam (3 bis)

.....

2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (3 bis) ..... Geboortedatum .....

2.3 Adres in het bevoegde land (3)

.....

.....

2.4 Adres in het land waarheen hij zich begeeft (3)

.....

.....

2.5 Identificatienummer (3 ter): .....

3 Op grond van

3.1 ☐ de door U genoemde omstandigheden in formulier E 107 d.d. .....

3.2 ☐ het arbeidsongeval geconstateerd op .....
met de hierna genoemde gevolgen:

.....

.....

.....

3.3 ☐ de beroepsziekte geconstateerd op .....
met de hierna genoemde gevolgen:

.....

.....

3.4 ☐ de door ons aan de betrokkene verleende toestemming tot behoud van het recht op verstrekkingen
in ..... (land), waarheen hij zich begeeft
☐ om zijn woonplaats over te brengen ☐ om zich te laten behandelen

▼B

E 123

4	kunnen aan bovengenoemde verzekerde verstrekkingen worden verleend wegens een	
	☐ arbeidsongeval	☐ beroepsziekte
4.1	☐ voor de duur als bepaald in de wetgeving van het land van de woonplaats	
4.2	☐ t/m	
4.3	☐ gedurende ten hoogste drie maanden	
4.4	☐ voor onbepaalde tijd	

5	Het rapport van onze controlerend geneesheer	
5.1	☐ wordt in gesloten omslag bijgevoegd	
5.2	☐ werd verzonden op	aan (4) .....
	.....	
5.3	☐ kan bij bovengenoemd orgaan worden opgevraagd	
5.4	☐ is niet opgesteld	

6	Bevoegd orgaan	
6.1	Naam:	Codenummer (5): .....
6.2	Adres (3):	
	.....	
6.3	Stempel	
		6.4 Datum: .....
		6.5 Handtekening
		.....

▼B

E 123

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de verzekerde

U dient deze verklaring zo spoedig mogelijk over te leggen aan het verzekeringsorgaan in het land waar U zich bevindt, d.w.z.:

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *de bevoegde „amtskommune" (Plaatselijk bestuur). In de gemeente Kopenhagen de „Magistrat" (Gemeentebestuur) en in de gemeente Frederiksberg het „Kommunalbestyrelsen" (Gemeentebestuur); bij tijdelijk verblijf kan hulp van een arts, tandarts en apotheker worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemde organen. Bij iedere aanvraag om een prestatie moet dit formulier worden overgelegd. Inlichtingen omtrent artsen en tandartsen tot wie men zich kan wenden worden verstrekt door het „Social- og sundhedsforvaltning" (Plaatselijk sociaal bureau). Bij behandeling in Denemarken het formulier overleggen bij de instelling die de behandeling verricht;*

in **Duitsland,** *het voor de verblijfplaats bevoegde orgaan van de ongevallenverzekering;*

in **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*

in **Spanje,** *de medische diensten of de ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient te zamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

in **Frankrijk,** *„Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*

in **Ierland,** *„Health Board" (Gezondheidsdienst) binnen welks ressort de uitkering wordt aangevraagd;*

in **Italië,**

a) als regel „l'Unità sanitaria locale" (USL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert; voor zeelieden en het vliegend personeel van de burgerluchtvaart het „Ministero della Sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministerie van Volksgezondheid, Gezondheidsdienst voor de koopvaardij en de burgerluchtvaart);

b) voor prothesen, hulpmiddelen van grotere omvang, rechtsgeneeskundige prestaties en desbetreffende onderzoeken en certificaten, de provinciale zetel van het „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL, Nationaal instituut voor ongevallenverzekering);

in **Luxemburg,** *„Association d'assurance contre les accidents" (Vereniging voor ongevallenverzekering);*

in **Nederland,** *wanneer U in Nederland woont of gaat wonen: naar vrije keuze een voor Uw woonplaats bevoegd ziekenfonds; wanneer U tijdelijk in Nederland verblijft: ANOZ-Verzekeringen te Utrecht. In Nederland kan de hulp van huisarts, tandarts en apotheker worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met ANOZ-Verzekeringen;*

in **Portugal,** *„Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais" (Nationale verzekering voor beroepsziekten) te Lissabon;*

in het **Verenigd Koninkrijk,** *„Medical Service" (Medische dienst: de arts, tandarts, het ziekenhuis) waar de behandeling wordt gevraagd;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats of de „Allgemeine Unfallversicherungsanstalt" (Algemene ongevallenverzekering) te Wenen;*

in **Finland,** *de „Tapaturmavakuutuslaitosten litto" (Federatie van ongevallenverzekeringen);*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor). Medische hulp kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd kantoor;*

in **Zweden,** *het „försäkringskassan" (verzekeringsfonds). Medische hulp (ziekenhuis, arts, tandarts, enz.) kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met genoemd fonds.*

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Alleen invullen wanneer het formulier wordt aangevraagd door het orgaan van de woon- of verblijfplaats van de betrokkene.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(3 ter) Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(4) Naam en adres van het orgaan waaraan het medisch rapport werd gezonden.

(5) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op de bladzijden 2 en 3

E 124 ☐ (1)

AANVRAAG OM UITKERING BIJ OVERLIJDEN

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

1 Ondergetekende

1.1 Naam (1 bis)
.....

1.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) ..... Geboortedatum .....

1.3 Identificatienummer (2) (2 ter): .....

1.4 Orgaan waarbij ik verzekerd ben (2) (3): .....
.....

1.5 Verwantschap met de overledene: .....

1.6 Adres (4): .....
.....

2 verzoekt om een uitkering in verband met het overlijden van de (het) (5)

3 ☐ werknemer ☐ pensioengerechtigde
☐ zelfstandige ☐ aanvrager van een pensioen
☐ gezinslid

3.1 Naam (1 bis)
.....

3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (1 bis) ..... Geboortedatum .....

3.3 Identificatienummer (2) (2 bis): .....

3.4 Datum van overlijden: .....

3.5 Doodsoorzaak (6):
☐ ziekte ☐ ongeval ☐ arbeidsongeval
☐ beroepsziekte
☐ andere oorzaken

3.6 Orgaan waarbij de overledene verzekerd was (2) (3): .....
.....

4 In mijn onderhoud ☐ werd ☐ werd niet door de overledene voorzien.

5 De overledene ☐ werd ☐ werd niet door mij onderhouden.

6 De overledene ☐ was ☐ was niet tegen vergoeding gehuisvest
☐ door de aanvrager van de uitkering
☐ in een tehuis waarvan de aanvrager van de uitkering de beheerder, een personeelslid of een medepensiongast is (7).

7 De aanvrager van de uitkering ☐ is ☐ is geen begrafenisondernemer, aangestelde of lasthebber van deze ondernemer (7) (8).

8 De begrafeniskosten bedragen (9) ..... en werden betaald door .....

9 Bijgaand worden de volgende documenten toegezonden: .....
.....
.....
.....

10 Verzoeke het verschuldigde bedrag over te maken naar mijn rekening nr. .....
bij de ..... te ..... (10)

11 Datum: .....

11.1 Handtekening
.....

▼B

E 124

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 4 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

Aanwijzingen voor de aanvrager

a) Om een uitkering bij overlijden te ontvangen moet U door middel van dit formulier Uw aanvraag indienen:

— *ofwel bij de bevoegde verzekeringsinstelling,*

— *ofwel bij het orgaan van de plaats waar U zich bevindt, d.w.z.:*

in **België,** *de gekozen mutualiteit;*

in **Denemarken,** *„Sundhedsministeret" (Ministerie van Volksgezondheid) te Kopenhagen;*

in **Duitsland,** *„Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK; Algemeen plaatselijk ziekenfonds);*

in **Griekenland,** *het plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA);*

in **Spanje,** *„Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid) van de woonplaats;*

in **Frankrijk,** *het orgaan dat de verstrekkingen van de ziekteverzekering toekent of zou toekennen;*

in **Ierland,** *„Department of Social Welfare" (Ministerie van Sociale Zekerheid) te Dublin;*

in **Italië,** *de zetel van het INAIL (Nationaal Instituut voor arbeidsongevallenverzekering);*

in **Luxemburg,** *„Union des caisses de maladie" (Unie van ziekenfondsen);*

in **Portugal,** voor **het vasteland:** *„Centro Regional de Segurança Social" (Regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woonplaats; voor* **Madeira:** *„Direcção Regional de Segurança Social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor* **de Azoren:** *„Direcção Regional de Segurança Social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo;*

in **Oostenrijk,** *„Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Finland,** *het „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de Sociale Verzekering) te Helsinki, plaatselijk kantoor: Postbus 00601, Helsinki;*

in **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

in **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft", (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

in **Noorwegen,** *het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor) van de woon- of verblijfplaats;*

in **Zweden,** *het „frörsäkringskassan" (verzekeringsfonds) van de woon- of verblijfplaats.*

b) Aan Uw aanvraag moeten de volgende documenten worden toegevoegd:

in **België:** *een door het gemeentebestuur uitgereikt bewijs van overlijden,*
de betaalde rekeningen van de begrafeniskosten met ontvangstbevestiging van de betaling,
elk document waaruit de bloedverwantschap of de aanverwantschap met de overledene blijkt of wel het feit dat de betrokkene met de overledene onder hetzelfde dak heeft gewoond;

in **Denemarken:** *de overlijdensakte.*
Gelieve de „vejledning om ansygning for begravelsehælp" (aanwijzingen voor de aanvraag om de uitkering bij overlijden) die U vervolgens wordt toegezonden zorgvuldig te lezen;

in **Duitsland:** *overlijdensakte;*

in **Griekenland:** *overlijdensakte, gezondheidsboekje, verzekeringskaarten, eventueel de betaalde voor ontvangst getekende rekeningen van de begrafeniskosten;*

in **Spanje:**
— *de overlijdensakte,*
— *de verklaring van bloedverwantschap,* **of wel**
— *de betaalde voor ontvangst getekende rekeningen van de begrafeniskosten wanneer tussen de aanvrager en de overledene geen bloedverwantschap bestond;*

in **Frankrijk:**
— **in alle gevallen** *het „bulletin de décès" (bewijs van overlijden) van de verzekerde;*
— **voorts** *naar omstandigheden:*
  — *wanneer U met de overledene getrouwd was, de „fiche familiale" (familiekaart) van de burgerlijke stand,*
  — *wanneer U een bloedverwant in neerdalende lijn (zoon, dochter, kleinkind, enz.) van de overledene bent, de „fiche familiale" (familiekaart) van de burgerlijke stand waaruit de verwantschap blijkt,*
  — *wanneer U een bloedverwant in opgaande lijn (vader, moeder, grootvader, enz.) van de overledene bent, zijn/haar „fiche individuelle" (persoonskaart van de burgerlijke stand);*
  — *wanneer U op grond van andere redenen door de overledene werd onderhouden, een op erewoord afgelegde verklaring waaruit blijkt dat de overledene werkelijk, volledig en voortdurend in Uw onderhoud voorzag;*

in **Ierland:** *overlijdensakte,*
eventueel de huwelijksakte,
de begroting of de afrekening van de begrafeniskosten of de kwitantie daarvan indien U deze hebt betaald;

in **Italië:** *het „certificato di morte" (uittreksel uit de overlijdensakte),*
het „documento di iscrizione" (bewijs van inschrijving bij de verzekering),
eventueel de „stato di famiglia" (familiekaart);

▼B

E 124

in **Luxemburg:**	*overlijdensakte,* *de betaalde voor ontvangst getekende rekeningen van de begrafeniskosten,* *eventueel een verklaring van het gemeentebestuur over samenwoning onder één dak;*
in **Portugal:**	— **in alle gevallen** *de overlijdensakte en de voor ontvangst getekende, betaalde rekeningen van de begrafeniskosten,* — **bovendien:** — *wanneer U de echtgeno(o)t(e) was van de overledene of wanneer U een bloedverwant in neergaande lijn bent, Uw volledige geboortebewijs,* — *wanneer U een bloedverwant in opgaande lijn ten laste van de overledene was, een verklaring van Uw inkomen;*
in **Oostenrijk:**	*de overlijdensakte,* *de voor ontvangst getekende, betaalde rekeningen van de begrafeniskosten;*
in **Finland:**	*de overlijdensakte,* *documenten waaruit de verwantschap met de overledene blijkt,* *indien de aanvraag door een begrafenisondernemer wordt ingediend: een volmacht van de rechthebbende op uitkering;*
in **Liechtenstein:**	*de overlijdensakte,* *de verklaring inzake de doodsoorzaak,* *de voor ontvangst getekende, betaalde rekeningen van de begrafeniskosten;*
in **Noorwegen:**	*de overlijdensakte;*
in **Zweden:**	*de overlijdensakte,* *de verklaring inzake de doodsoorzaak.*

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(1 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(2) Alleen vermelden indien het een werknemer, rechthebbende op pensioen of rente of aanvrager van pensioen of rente betreft.

(2 bis) Voor een Spaanse rechthebbende of een aanvrager van een pensioen of rente, het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.

(2 ter) Indien de aanvrager een natuurlijke persoon is, ten behoeve van de Finse organen: het nummer van het bevolkingsregister (identiteitsnummer) vermelden.

(3) Naam en adres vermelden.

(4) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(5) Ten behoeve van de Portugese organen het inlegblad invullen.

(6) Een uitkering bij overlijden ingevolge de wettelijke regelingen van Liechtenstein en Zweden kan alleen worden aangevraagd indien de doodsoorzaak een arbeidsongeval of een beroepsziekte is.

(7) Invullen wanneer de uitkering wordt aangevraagd krachtens de Belgische wetgeving indien de aanvrager van de uitkering geen echtgenoot of bloed- of aanverwant tot de derde graad van de overledene is.

(8) Indien de aanvrager een begrafenisondernemer is en de uitkering wordt aangevraagd ingevolge de Finse wettelijke regeling: een volmacht voor de rechthebbende op de uitkering zenden.

(9) Het bedrag opgeven in de muntsoort van het land waar de aanvrager van de uitkering woont.

(10) Niet van toepassing bij Ierse organen.

▼B

E 124 Inlegblad

AANVULLENDE INLICHTINGEN
TEN BEHOEVE VAN DE PORTUGESE ORGANEN

1	Echtgenoot/Echtgenote		
1.1	Burgerlijke staat		
	☐ weduwnaar/weduwe	☐ hertrouwd	☐ gescheiden
1.2	Leefde hij/zij onder hetzelfde dak en ten laste van de overledene		
		☐ ja	☐ neen

2 Kinderen die recht hebben op kinderbijslag

	Naam	Voornamen	Verwantschap	Geboorte-datum	Genoten onder-wijs	Gehandicapt kind
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 125 ☐ (1)

INDIVIDUELE OPGAVE VAN DE WERKELIJKE UITGAVEN

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

Per rechthebbende één formulier invullen.

1 Rekening nr. ..... (2) van het ☐ 1e halfjaar ☐ 2e halfjaar 19.....

2 Bestemd voor het bevoegde orgaan

2.1 Naam ..... Codenummer (2 bis): .....
2.2 Adres (3): .....
.....

3 ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers) ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen) ☐ Andere (4)

3.1 Naam (4 bis)
.....
3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (4 bis) ..... Geboortedatum .....
3.3 Adres (3): .....
.....
3.4 Adres in het bevoegde land (3): .....
.....
3.5 Identificatienummer (4 ter): .....

4 Gezinslid (5)

4.1 Naam (4 bis)
.....
4.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen ..... Geboortedatum .....

5 De ☐ in vak 3 ☐ in vak 4 genoemde persoon heeft verstrekkingen genoten krachtens het volgende art. van V. 1408/71:

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.a en 3 ☐ 22.1.b en 3 ☐ 22.1.c en 3
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 (5 bis) ☐ 55.1 (5 bis)

en op vertoon van de volgende formulieren:

5.2 ☐ formulier E ..... d.d. ..... ☐ formulier E 117 d.d. .....
Geldig van ..... t/m .....

5.3 De ☐ in vak 3 ☐ in vak 4 genoemde persoon

heeft het medisch onderzoek aangevraagd op ..... ondergaan

▼B

E 125

6	GEDANE UITGAVEN		6.1 Bedrag (6)
6.2	**Voor verstrekkingen** verleend	van ..... t/m	.....
6.3	Medische hulp		.....
6.4	Tandheelkundige hulp		.....
6.5	Medicijnen		.....
6.6	Ziekenhuisverpleging	van ..... t/m	.....
		van ..... t/m	.....
6.7	Andere verstrekkingen (7)		
	.....		.....
6.8	**Totaal verstrekkingen**		.....
6.9	**Medische controles** (8)		
	.....		.....
6.10	**Voor uitkeringen** verleend	van ..... t/m	.....
6.11	TOTAAL UITGAVEN		.....

7	Crediteurorgaan		
7.1	Naam:	Codenummer (9):	.....
7.2	Adres (3):		
	.....		
7.3	Stempel		
		7.4 Datum:	.....
		7.5 Handtekening	
		.....	

8	Ruimte ten behoeve van het orgaan van het bevoegde land

▼B

E 125

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Vermelden indien het crediteurorgaan dit gegeven nodig heeft.

(2 bis) Invullen indien bekend.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(4) Hier vermelden of de betrokkene grensarbeider, werkloze, seizoenarbeider, pensioenaanvrager is of iedere andere hoedanigheid die hij bezit.

(4 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(4 ter) Voor Spaanse rechthebbenden of aanvragers van een pensioen of rente, het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is. Wanneer U geen identiteitskaart bezit „geen" vermelden.
Voor Italiaanse onderdanen indien mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" (fiscale code) vermelden.

(5) Alleen invullen wanneer de afrekening betrekking heeft op een gezinslid van de verzekerde.

(5 bis) Ten behoeve van Deense organen hier indien mogelijk de naam en het adres van de werkgever vermelden als de verstrekkingen krachtens art. 52 of art. 55.1 worden ontvangen.

Naam van de werkgever: .....

Adres: .....

.....

(6) Het bedrag in de nationale muntsoort opgeven.

(7) De aard van de verstrekkingen vermelden: verloskundige hulp, tandprothesen, orthopedische prothesen, geneeskrachtige baden, ziekenvervoer, aanvullende middelen voor het vaststellen van de diagnose, enz.

(8) De aard van de geneeskundige controles of de medische onderzoeken vermelden.

(9) Invullen indien beschikbaar.

▼B

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op bladzijde 3

E 126 ☐ (1)

TARIEVEN VOOR DE VERGOEDINGEN VAN VERSTREKKINGEN

V. 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31.a
V. 574/72: art. 34

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt hetzij direct hetzij door bemiddeling van het verbindingsorgaan twee exemplaren hiervan aan het orgaan dat de verstrekkingen aan de betrokkene in het land van verblijf zou hebben moeten verlenen. Na deel B van het formulier te hebben ingevuld zendt het orgaan van de verblijfplaats een exemplaar daarvan terug aan het bevoegde orgaan.

A. Aanvraag

1 Bestemd voor het orgaan van de tijdelijke verblijfplaats (2)

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (3): .....

.....

.....

2 ☐ Werknemer ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)
☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)

2.1 Naam (3 bis)

.....

2.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen (3 bis) ..... Geboortedatum .....

2.3 ☐ De betrokkene valt onder een stelsel voor zelfstandigen als bedoeld in bijlage 11 van V. 574/72

2.4 Identificatienummer: .....

3 Lid of leden van het gezin dat of die geneeskundige behandeling heeft of hebben genoten

	Naam (3 bis)	Voornamen	Vroeger gevoerde namen	Geboortedatum
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 Bovengenoemde persoon

4.1 die tijdelijk in ..... (land) verbleef

4.2 te ..... (plaats)

4.3 heeft zelf de uitgaven bekostigd van de geneeskundige behandeling die hij/zij nodig had.

4.4 De betrokkene is ☐ weduwnaar/weduwe ☐ invalide (4) en

4.5 beschikt over een inkomen van ..... (4)

5 Wij verzoeken U op bijgaande kwitanties voor elke verstrekking afzonderlijk de bedragen te vermelden die kunnen worden vergoed overeenkomstig de tarieven die door het orgaan van de verblijfplaats worden toegepast. Uitsluitend voor Luxemburg eveneens de eigen bijdrage van de verzekerde opgeven.

6 Bijgevoegd: ..... kwitanties

7 Bevoegd orgaan

7.1 Naam: ..... Codenummer (4 bis): .....

7.2 Adres (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Handtekening

.....

B. Antwoord

8 Bijgaand ..... kwitanties waarop op Uw verzoek de tarieven zijn vermeld.

9 ☐ Te vergoeden bedrag (5) ..... ☐ Geen vergoeding

10 Opmerkingen: .....

.....

.....

.....

11 Orgaan van de verblijfplaats

11.1 Naam: .....

11.2 Adres (3): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Handtekening

.....

▼B

E 126

AANWIJZINGEN

Dit formulier bestaande uit 3 bladzijden moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

OPMERKINGEN

(*) Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, Sociale Zekerheid. Voor de doeleinden van genoemde overeenkomst is dit formulier ook van toepassing op Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zweden.

(1) Initiaal van het land van het behandelende orgaan : B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; P = Portugal; GB = Verenigd Koninkrijk; A = Oostenrijk; FIN = Finland; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen; S = Zweden.

(2) Indien het orgaan dat verplicht geweest zou zijn de verstrekkingen te verlenen niet bekend is kan het formulier worden gezonden aan het verbindingsorgaan van het land van verblijf, t.w.:

— *in* **België,** *Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) te Brussel;*

— *in* **Denemarken,** *„Sundhedsministeret" (Ministerie van Volksgezondheid) te Kopenhagen;*

— *in* **Duitsland,** *„AOK Bundesverband" (Nationale Bond van plaatselijke ziekenfondsen) te Bonn;*

— *in* **Griekenland,** *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA); voor zeelieden het Pensioenfonds voor Zeelieden (NAT);*

— *in* **Spanje,** *„Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Nationaal instituut voor de sociale zekerheid) te Madrid;*

— *in* **Frankrijk,** *„Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants" (Centrum van sociale zekerheid voor migrerende werknemers) te Parijs;*

— *in* **Ierland,** *„Department of Health" (Ministerie van Volksgezondheid) te Dublin;*

— *in* **Italië,** *„Ministero della Sanità" (Ministerie van Volksgezondheid) te Rome;*

— *in* **Luxemburg,** *„Union des caisses de maladie" (Unie van ziekenfondsen) te Luxemburg;*

— *in* **Nederland,** *ANOZ-Verzekeringen te Utrecht;*

— *in* **Portugal,** *„Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Departement voor buitenlandse betrekkingen en verdragen inzake sociale zekerheid) te Lissabon;*

— *in* **Oostenrijk,** *„Hauptverband der Österreichische Socialversicherungsträger" (Hoofdassociatie van de Oostenrijkse organen van de sociale zekerheid) te Wenen;*

— *in* **Finland,** *het „Kansaneläkelaitos" (instituut van de Sociale Verzekering) te Helsinki;*

— *in* **IJsland,** *„Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;*

— *in* **Liechtenstein,** *„Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;*

— *in* **Noorwegen,** *„Rikstrygdeverket" (Nationale Verzekeringsadministratie) te Oslo;*

— *in* **Zweden,** *het „Riksförsäkringsverket" (Nationale Verzekeringsadministratie) te Stockholm.*

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(3 bis) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen in de identiteitskaart of het paspoort.

(4) Alleen invullen wanneer de aanvraag aan een Belgisch orgaan wordt gericht.

(4 bis) Invullen indien beschikbaar.

(5) Het totaalbedrag vermelden.

▼M2

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid EER (*)

Zie „aanwijzingen" op blz. 3

E 127 ☐ (1)

INDIVIDUELE OPGAVE VAN DE MAANDELIJKSE VASTE BEDRAGEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 36, lid 1 en lid 2
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 94; artikel 95

1.

Opgave nr. ..... van het jaar 19 ..... (2)

2. Bevoegd orgaan

2.1. Naam: ..... Codenummer (4): .....

2.2. Adres (3): .....

.....

3. Het recht op verstrekking werd verworven door een:

☐ werknemer ☐ pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers)

☐ zelfstandige ☐ pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen)

3.1. Naam (5):

.....

3.2. Voornamen: ..... Vroegere namen (5): ..... Geboortedatum: .....

3.3. Inschrijvingsnummer bij het bevoegde orgaan (6): .....

4. Deze individuele opgave heeft betrekking op:

4.1. ☐ het gezin van de in vak 3 vermelde werknemer, wonende (adres) (3): .....

.....

4.2. ☐ de in vak 3 vermelde pensioengerechtigde, wonende (adres) (3): .....

.....

4.3. ☐ onderstaand gezinslid van de in vak 3 vermelde pensioengerechtigde:

4.3.1. Naam (5):

.....

4.3.2. Voornamen: ..... Vroegere namen (5): ..... Geboortedatum: .....

4.3.3. Adres (3): .....

.....

4.3.4. Door het bevoegd orgaan toegewezen identificatienummer (6): .....

▼M2

E 127

5. Van het recht op verstrekkingen van de in gedaan bij uw formulier ☐ 4.1. ☐ 4.2. ☐ 4.3. bedoelde persoon is mededeling

E ..... van .....

6. Voor de periode gedurende welke dit recht tijdens het begrotingsjaar heeft bestaan

(van ..... tot en met .....)

6.1. bedraagt het aantal maandelijkse vaste vergoedingen:

☐ per gezin (van een werknemer): ☐ per gezinslid: ☐ per hoofd:

.....

7. Orgaan van de woonplaats

7.1. Naam: ..... Codenummer ([7]): .....

7.2. Adres ([3]): .....

.....

7.3. Stempel

7.4. Datum: .....

7.5. Handtekening

.....

8. Ruimte gereserveerd voor het bevoegde orgaan

▼M2

E 127

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld, in drie exemplaren, op de stippellijnen. Een afzonderlijk formulier invullen voor elke pensioengerechtigde en voor elk gezinslid van een pensioengerechtigde.

Het orgaan van de woonplaats vult het formulier eenmaal per kalenderjaar in en zendt het door bemiddeling van het/de aangewezen orgaan/instelling voor de toepassing van artikel 102, lid 2, van Verordening (EEG) nr. 574/72 toe aan het bevoegde orgaan.

NOTEN

(*) EER-Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte, bijlage VI, sociale zekerheid. In verband met deze overeenkomst wordt dit formulier ook gebruikt voor IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

(1) Initiaal van het land waar het formulier wordt ingevuld: B = België; DK = Denemarken; D = Duitsland; GR = Griekenland; E = Spanje; F = Frankrijk; IRL = Ierland; I = Italië; L = Luxemburg; NL = Nederland; A = Oostenrijk; P = Portugal; FIN = Finland; S = Zweden; GB = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; FL = Liechtenstein; N = Noorwegen.

(2) Het jaar waarin de prestaties zijn verleend.

(3) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.

(4) Invullen indien bekend.

(5) Voor Spaanse onderdanen de twee familienamen bij geboorte vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand, zoals deze voorkomen op de identiteitskaart of het paspoort.

(6) Voor Italiaanse onderdanen zo mogelijk het verzekeringsnummer en/of de „codice fiscale" vermelden.

(7) Invullen indien beschikbaar.