II

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

COMMISSION

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

DÉCISION N° 112

du 28 février 1980

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 001 ; E 101—127 ; E 201—215 ; E 301—303 ; E 401—411)

(80/1011/CEE)

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

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

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

vu les décisions 72, 88, 107 et 108 établissant et adaptant les modèles de formulaires nécessaires pour l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil,

considérant que différentes modifications ont déjà été adoptées et que d'autres sont nécessaires en vue de la simplification de forme et d'utilisation, de l'uniformisation d'éléments communs, de l'économie de confection des formulaires et de gestion des stocks ;

considérant que la création de trois nouveaux formulaires s'avère souhaitable et qu'une nouvelle publication des modèles de formulaires est opportune,

DÉCIDE :

1. Les modèles de formulaires reproduits dans les décisions 88, 107 et 108 sont remplacés par les modèles ci-joints.

2. Chaque formulaire est disponible dans les langues officielles de la Communauté et présenté de manière telle que les différentes versions soient parfaitement superposables pour permettre à chaque destinataire (ayant droit, institution, employeur, etc.) de recevoir le formulaire imprimé dans sa langue nationale.

3. La détermination de la langue d'émission des formulaires fera l'objet d'une recommandation de la commission administrative.

4. La présente décision est applicable à partir du premier jour du mois suivant celui de sa publication au *Journal officiel des Communautés européennes*, les formulaires du modèle reproduit dans les décisions 88, 107 et 108 pouvant toutefois être utilisés jusqu'à épuisement des stocks.

Le président de la commission administrative

S. BOVA

Liste des formulaires

E 001 — Demande ou communication de renseignements, demande de formulaires, rappel concernant un travailleur, un frontalier, un pensionné, un chômeur, un ayant droit

E 101 — Attestation concernant la législation applicable

E 102 — Prolongation de détachement

E 103 — Exercice du droit d'option

E 104 — Attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence

E 105 — Attestation concernant les membres de la famille du travailleur à prendre en considération pour le calcul des prestations en espèces en cas d'incapacité de travail

E 106 — Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dans le cas des personnes qui résident dans un autre pays que le pays compétent

E 107 — Demande d'attestation de droit à prestations en nature

E 108 — Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

E 109 — Attestation pour l'inscription des membres de la famille du travailleur et la tenue des inventaires

E 110 — Attestation concernant les travailleurs des transports internationaux

E 111 — Attestation de droit aux prestations en nature pendant un séjour dans un État membre

E 112 — Attestation concernant le maintien des prestations en cours de l'assurance maladie-maternité

E 113 — Hospitalisation. Notification d'entrée et de sortie

E 114 — Octroi de prothèses, de grand appareillage, etc.

E 115 — Demande de prestations en espèces pour incapacité de travail

E 116 — Rapport médical en cas d'incapacité de travail (maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle)

E 117 — Octroi de prestations en espèces en cas d'incapacité de travail

E 118 — Notification de non-reconnaissance ou de fin de l'incapacité de travail

E 119 — Attestation concernant le droit des chômeurs et des membres de leur famille aux prestations de l'assurance maladie-maternité

E 120 — Attestation de droit aux prestations en nature pour les demandeurs de pension ou de rente et les membres de leur famille

E 121 — Attestation pour l'inscription des titulaires de pension ou de rente et la tenue des inventaires

E 122 — Attestation en vue de l'octroi des prestations en nature aux membres de la famille des titulaires de pension ou de rente

E 123 — Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

E 124 — Demande d'allocation de décès

E 125 — Relevé individuel des dépenses effectives

E 126 — Tarification en vue du remboursement des prestations en nature

E 127 — Relevé individuel des forfaits mensuels

E 201 — Attestation concernant la totalisation des périodes d'assurance ou de résidence

E 202 — Instruction d'une demande de pension de vieillesse

E 203 — Instruction d'une demande de pension de survivant

E 204 — Instruction d'une demande de pension d'invalidité

E 205 — Attestation concernant la carrière d'assurance en Belgique
— Attestation concernant la carrière d'assurance et de résidence au Danemark
— Attestation concernant la carrière d'assurance en république fédérale d'Allemagne
— Attestation concernant la carrière d'assurance en France
— Attestation concernant la carrière d'assurance en Irlande
— Attestation concernant la carrière d'assurance en Italie
— Attestation concernant la carrière d'assurance au Luxembourg
— Attestation concernant la carrière d'assurance aux Pays-Bas
— Attestation concernant la carrière d'assurance au Royaume-Uni

E 206 — Attestation des périodes d'emploi dans les mines et entreprises assimilées

E 207 — Renseignements concernant la carrière du travailleur

E 208 — Détermination des droits à pension

E 209 — Détermination des montants de pension en vue de l'application éventuelle de l'article 46 point 3 du règlement (CEE) n° 1408/71

E 210 — Notification de décision relative à une demande de pension

E 211 — Récapitulation des décisions

E 212 — Voies et délais de recours

E 213 — Rapport médical détaillé

E 214 — Rapport médical concernant l'appréciation des capacités et limites fonctionnelles

E 215 — Rapport administratif sur la situation d'un pensionné

E 301 — Attestation concernant les périodes à prendre en compte pour l'octroi des prestations de chômage

E 302 — Attestation relative aux membres de la famille du chômeur à prendre en considération pour le calcul des prestations

E 303 — Attestation concernant le maintien du droit aux prestations de chômage

E 401 — Attestation concernant la composition de la famille en vue de l'octroi des prestations familiales

E 402 — Attestation de poursuite d'études en vue de l'octroi des prestations familiales

E 403 — Attestation d'apprentissage en vue de l'octroi des prestations familiales

E 404 — Certificat médical en vue de l'attribution des prestations familiales

E 405 — Prestations ou allocations familiales en cas d'occupations successives dans plusieurs États membres entre les échéances de paiement prévues par la législation de ces États

E 406 — Demande d'allocations familiales concernant un travailleur soumis à la législation française et dont la famille réside dans un État membre autre que la France

E 407 — Attestation des périodes d'emploi ou de chômage indemnisé en France en vue de l'octroi des allocations familiales à des membres de la famille d'un travailleur ou d'un chômeur qui résident dans un État membre autre que la France

E 408 — Demande de renseignements

E 409 — Contrôle de la déclaration d'absence de droits à allocations familiales au titre d'une activité professionnelle dans le pays de résidence de la famille

E 410 — Notification d'annulation du droit aux allocations familiales

E 411 — Demande de renseignements concernant le droit à prestations familiales (allocations familiales) dans l'État membre de résidence des membres de la famille

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » page 4

E 001 [ ] (1)

- [ ] **Demande de renseignements**
- [ ] **Communication de renseignements**
- [ ] **Demande de formulaires**
- [ ] **Rappel**

concernant

- [ ] **un travailleur**
- [ ] **un frontalier**
- [ ] **un pensionné**
- [ ] **un chômeur**
- [ ] **un ayant droit**

Règlement 1408/71 : article 84

L'institution expéditrice remplit la partie A et envoie deux exemplaires du formulaire à l'institution destinataire. Celle-ci remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution expéditrice.
Le formulaire est utilisé en tant que complément à d'autres formulaires ou pour tout échange de renseignements qui ne sont pas prévus formellement dans le cadre des formulaires, auquels ils ne se substitue en aucun cas.

Partie A

1 Institution destinataire

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

2 Renseignements concernant l'assuré (3)

2.1 Nom de famille (4) : .....
2.2 Nom de naissance (4) : .....
2.3 Prénoms (5) : .....
2.4 Noms antérieurs (6) : .....
2.5 Sexe (7) : .....
2.6 Nom et prénoms du père (8) : .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (8) : .....

3 Nationalité (9) : .....

4 Naissance

4.1 Date (10) : .....
4.2 Localité (11) : .....
4.3 Province ou département (12) : .....
4.4 Pays (13) : .....

5 Numéro d'immatriculation

5.1 auprès de l'institution expéditrice : .....
5.2 auprès de l'institution destinataire : .....

6 Adresse (2) : .....
.....

7 Renseignements concernant le dossier

7.1 Type de prestation :
.....
7.2 Référence du dossier de l'institution expéditrice :
.....
7.3 Référence du dossier de l'institution destinataire :
.....

E 001

8 Ayant droit (14)

8.1 Nom de famille ..... Prénoms ..... Nom de naissance .....

8.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

8.3 Adresse (2) : .....

.....

9 ☐ Demande ☐ Rappel de la demande en date du : .....

Veuillez nous envoyer pour la personne désignée au cadre ☐ 2 ☐ 8

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

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

.....

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

.....

9.4 Motif de la demande : .....

10 Changement de situation : les changements suivants sont intervenus

.....

.....

.....

.....

11 Divers

.....

.....

.....

12 Institution qui remplit la partie A

12.1 Dénomination : .....

12.2 Adresse (2) : .....

.....

12.3 Cachet

12.4 Date : .....

12.5 Signature

.....

(2)

E 001

Partie B

13

Comme suite à votre demande du ..... nous vous transmettons ci-joint(s)

13.1 ☐ le (les) formulaire(s) suivant(s) : .....

13.2 ☐ le (les) documents(s) suivant(s) : .....

.....

13.3 ☐ les renseignements suivants : .....

.....

14

Comme suite à votre demande du .....

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

14.1 ☐ le (les) formulaire(s) suivant(s) : .....

14.2 ☐ le (les) document(s) suivant(s) : .....

14.3 ☐ les renseignements demandés.

14.4 ☐ Motifs : .....

.....

.....

15 Divers

.....

.....

.....

16

☐ Comme suite à votre transmission du .....

nous accusons réception des informations contenues dans le cadre 10.

17 Institution qui remplit la partie B

17.1 Dénomination : .....

17.2 Adresse (²): .....

.....

17.3 Cachet

17.4 Date : .....

17.5 Signature

.....

E 001

INSTRUCTIONS

Le formulare doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 4 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Les rubriques 2.1 à 2.7 concernant l'identification sont à remplir en tant que de besoin.

(4) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.

— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.

— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(5) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(6) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *allias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(7) M = masculin ; F = féminin.

(8) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(9) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(10) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple: Paris 14).

(12) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte selon les pays l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc: « Nord 59 ».

(13) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(14) À remplir, s'il y a lieu.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 101 ☐ (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA LÉGISLATION APPLICABLE

Règlement 1408/71 : articles 14.1.a.i; 14.1.c; 14.2.a; 17
Règlement 574/72 : articles 11.1 ; 12 bis

1 Travailleur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Date de naissance: ..... Nationalité: .....

1.3 Adresse habituelle (2): .....

.....

1.4 Numéro d'immatriculation: .....

2 Employeur

2.1 Nom ou raison sociale : .....

2.2 Adresse (2) : .....

.....

3. Le travailleur désigné ci-dessus:

3.1 ☐ est détaché pour une période allant probablement
du ..... au .....

3.2 ☐ est occupé depuis le .....

3.3 ☐ dans l'établissement ci-après: ☐ sur le navire ci-après:

3.4 Nom ou raison sociale : .....

3.5 Adresse (2) : .....

.....

4. Le travailleur reste soumis à la législation du pays ☐ (1) en vertu de l'article :

4.1 ☐ 14.1.a.i ☐ 14.1.c ☐ 14.2.a ☐ 17 du règlement 1408/71

4.2 ☐ du ..... au .....

4.3 ☐ pour la durée de l'emploi

(Voir lettre de l'autorité compétente de l'État membre ou de l'organisme désigné par cette autorité dont la législation est applicable, en date
du ....., réf. .....)

5 Institution désignée de l'État membre à la législation duquel est soumis le travailleur

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (2): .....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

.....

E 101

INSTRUCTIONS

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

L'institution désignée *de l'État membre à la législation duquel est soumis le travailleur remplit le formulaire, à la demande du travailleur ou de son employeur, et le remet au demandeur. Elle adresse également un exemplaire du formulaire à l'Office national de sécurité sociale à Bruxelles, lorsque le travailleur est détaché en Belgique.*

Indications pour le travailleur

Avant votre départ *pour aller travailler dans un autre État membre que celui où vous êtes assuré, faites-vous délivrer selon le cas un formulaire E 111 ou un formulaire E 106 de la part de votre institution d'assurance maladie-maternité.*
Le formulaire E 111 n'est pas requis en cas de séjour au Royaume-Uni.

Si vous-même ou un membre de votre famille avez besoin de prestations en nature (par exemple soins médicaux, médicaments, hospitalisation, etc.) dans le pays où vous travaillez, vous devez présenter le formulaire E 111 ou E 106 selon le cas à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre travail. Si vous ne possédez pas ce formulaire, l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu où vous travaillez doit le demander à l'institution auprès de laquelle vous êtes assuré. Dans ce cas, vous risquez de devoir payer vous-même les frais de maladie, de payer des honoraires plus élevés et **d'en obtenir le remboursement avec beaucoup de retard.**

Indications pour l'institution du lieu de séjour

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

en **Belgique,** *en cas de maladie professionnelle, au Fonds des maladies professionnelles, à Bruxelles, et, en cas d'accident du travail, à l'assureur-loi compétent que l'employeur doit indiquer ;*

au **Danemark,** *au Sikringsstyrelsen (Office national de la sécurité sociale) à Copenhague ;*

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

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

dans tous les autres États membres, *à l'institution compétente d'assurance-maladie.*

NOTES

(1) Sigle de l'État membre à la législation duquel le travailleur est soumis: B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 102 [ ] (1)

PROLONGATION DE DÉTACHEMENT

Règlement 1408/71 : article 14.1.a.ii; article 14.2.a
Règlement 574/72 : article 11.2

A. À remplir par l'employeur

1 Institution destinataire (2)

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (3) : .....
.....

2 Travailleur

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

3 Le travailleur désigné ci-dessus a été détaché conformément à l'article:
3.1 [ ] 14.1.a.i [ ] 14.2.a du règlement 1408/71
3.2 pour la période du ..... au .....
3.3 [ ] dans l'établissement ci-après: [ ] sur le navire ci-après:

3.4 Nom ou raison sociale: .....
3.5 Adresse (3): .....
.....

4 Ce travailleur était porteur d'une attestation concernant la législation applicable (formulaire E 101)
4.1 délivrée par l'institution suivante [nom et adresse (3)]:
.....
.....
4.2 le ..... et venant à expiration le .....

5 Nous demandons que ce travailleur continue à être assujetti à la législation du pays [ ] (1)
5.1 pour la période du ..... au ..... (4)

6 Employeur

6.1 Dénomination: .....
6.2 Adresse (3): .....
.....
6.3 Cachet

6.4 Date: .....
6.5 Signature
.....

E 102

B. À remplir par l'autorité compétente ou l'organisme désigné du pays d'emploi (5)

7 Nous déclarons:

7.1 ☐ être d'accord ☐ ne pas être d'accord

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

du pays ☐ (1)

7.2 pendant la période du ..... au .....

8 Autorité compétente ou organisme désigné du pays d'emploi

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (3): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en 4 exemplaires), en utilisant uniquement les lignes pointillées

Indications pour l'employeur :

a) L'employeur doit remplir la partie A du formulaire en quatre exemplaires qu'il enverra à l'autorité compétente ou à l'organisme désigné du pays où le travailleur a été détaché c'est-à-dire :

en **Belgique,** *le ministère de la prévoyance sociale, à Bruxelles, ou l'Office national de sécurité sociale, à Bruxelles ;*

au **Danemark,** *le Sikringsstyrelsen (Office national de la sécurité sociale) à Copenhague ;*

en **Allemagne** *(république fédérale), le Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland, Bundesverband der Ortskrankenkassen (Organisme de liaison pour l'assurance maladie — étranger, Fédération des caisses locales de maladie), à Bonn ;*

en **France,** *la direction régionale de la sécurité sociale ;*

en **Irlande,** *le Department of Social Welfare (ministère de la prévoyance sociale), à Dublin ;*

en **Italie,** *le ministero del lavoro e della previdenza sociale (ministère du travail et de la prévoyance sociale), à Rome ;*

au **Luxembourg,** *l'Inspection générale de la sécurité sociale, à Luxembourg ;*

aux **Pays-Bas,** *le Ministerie van Sociale Zaken (ministère des affaires sociales), à La Haye ;*

au **Royaume-Uni,** *le Department of Health and Social Security, Overseas Branch (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), à Newcastle-upon-Tyne, ou le Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch (ministère de la santé et des services sociaux, service international), à Belfast, suivant le cas.*

b) Deux exemplaires du formulaire, remplis à la partie B, seront envoyés à l'employeur qui en remettra un au travailleur.

NOTES

(1) Sigle du pays où l'entreprise a son siège : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Voir les indications données sous a) au paragraphe « Indications pour l'employeur ».

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) Cette période ne peut dépasser le vingt-quatrième mois à partir de la date du début du détachement.

(5) Deux exemplaires doivent être restitués au demandeur, un exemplaire doit être adressé à l'institution désignée du pays où l'entreprise a son siège.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 103 ☐ (1)

EXERCICE DU DROIT D'OPTION

Règlement 1408/71: article 16.2 et 3
Règlement 574/72: article 13.2 et 3; article 14.1 et 2

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

A. Option

1 Le soussigné

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Date de naissance: ..... Nationalité: .....

1.3 Adresse (2): .....

.....

1.4 Numéro d'immatriculation: .....

2 occupé depuis le .....

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

2.2 (3) ☐ comme (4) ..... au service personnel de l'employeur suivant (5): .....

agent de la mission diplomatique ou du poste consulaire ci-après: .....

2.3 (3) ☐ comme agent auxiliaire des Communautés européennes,

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

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

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

(6) ☐ belge ☐ danoise ☐ allemande ☐ française ☐ irlandaise

(6) ☐ italienne ☐ luxembourgeoise ☐ néerlandaise ☐ du Royaume-Uni

4 Lieu et date: .....

5 Signature

.....

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

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (2): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

B. Attestation

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

(6) ☐ belge ☐ danoise ☐ allemande ☐ française ☐ irlandaise

(6) ☐ italienne ☐ luxembourgeoise ☐ néerlandaise ☐ du Royaume-Uni

7.1 à partir du .....,

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

8 Institution désignée par l'autorité compétente

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en 3 exemplaires), en utilisant uniquement les lignes pointillées

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

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

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

au **Danemark,** *le « Sikringsstyrelsen » (Office national de la sécurité sociale), à Copenhague ;*

en **Allemagne** *(république fédérale), « Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn » (Caisse locale de maladie de Bonn), à Bonn ;*

en **France,** *la Caisse primaire centrale d'assurance-maladie de la région parisienne ;*

en **Irlande,** *le « Department of Social Welfare » (ministère de la prévoyance sociale), à Dublin ;*

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

au **Luxembourg,** *l'Inspection générale de la sécurité sociale, à Luxembourg ;*

aux **Pays-Bas,** *le « Sociale Verzekeringsraad » (Conseil des assurances sociales), à La Haye ;*

au **Royaume-Uni,** *le « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), à Newcastle-upon-Tyne, ou le « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), à Belfast, suivant le cas.*

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

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

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

NOTES

(1) Sigle du pays d'emploi de la personne qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Donner les indications 2.1, 2.2. ou 2.3 selon la situation du travailleur qui remplit le formulaire, et mettre une croix dans la case correspondante.

(4) Indiquer la qualité de l'intéressé : chauffeur, cuisinière, etc.

(5) Indiquer les nom et prénoms de l'employeur.

(6) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée. On notera que les travailleurs au service de missions diplomatiques ou de postes consulaires ainsi que ceux qui sont au service personnel d'un agent de ces missions ou postes ne peuvent opter que pour la législation de sécurité sociale de l'État membre dont ils sont ressortissants.

(7) Les travailleurs au service de missions diplomatiques ou de postes consulaires ainsi que ceux qui sont au service personnel d'un agent de ces missions ou postes peuvent exercer une nouvelle option à la fin de chaque année civile.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 104 [ ] (1)

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

Maladie — maternité — décès (allocation) — tuberculose

Règlement 1408/71 : article 9.2 ; article 18.1 ; article 64
Règlement 574/72 : article 6.2 ; article 16 ; article 79

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

Partie A

1 Institution destinataire

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

2. Assuré

2.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille ..... Date de naissance .....
2.2 Numéro d'immatriculation: .....
2.3 À partir de la date indiquée au point 3.1, l'assuré a été occupé chez les employeurs suivants en (3): .....
2.4 Dernier employeur (nom ou raison sociale): .....
.....
Adresse (2): .....
.....
2.5 Employeurs précédents (4) [nom ou raison sociale et adresse (2)]:
.....
.....

3 En vue de donner suite à une demande introduite par l'assuré désigné ci-dessus, nous vous prions de nous faire connaître les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies par lui
3.1 à partir du .....
3.2 sous la législation de votre pays, pour le risque:
☐ maladie-maternité (5) ☐ décès (allocation) ☐ tuberculose

4 Institution compétente

4.1 Dénomination: .....
4.2 Adresse (2): .....
.....
4.3 Cachet

4.4 Date: .....
4.5 Signature
.....

E 104

Partie B

5	Assuré (6)			
5.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
	.....	.....	.....	.....
5.2	Numéro d'immatriculation:			

6 L'assuré indiqué a accompli ☐ au cadre 2 ☐ au cadre 5
☐ au cours des deux dernières années (7)
☐ au cours des trois dernières années (8)
☐ depuis le .....

7 les périodes d'assurance suivantes:

7.1	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.2	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.3	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.4	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.5	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.6	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.7	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.8	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.9	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
7.10	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)

8 les périodes de résidence suivantes:

8.1	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.2	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.3	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.4	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.5	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.6	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.7	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.8	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.9	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)
8.10	du	au	pour (9) le risque de	.....	☐	(10)

9 Institution qui remplit la partie B

9.1 Dénomination: .....
9.2 Adresse (2): .....
.....
9.3 Cachet

9.4 Date: .....
9.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire en premier lieu: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne; F = France; IRL = Irlande; I = Italie; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Indiquer l'État membre.

(4) À remplir dans la mesure du possible.

(5) Uniquement si l'institution destinataire est une institution belge, indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant :
N = prestations en nature ; E = prestations en espèces.

(6) À remplir seulement quand le formulaire est remis directement à l'intéressé.

(7) Si l'attestation est destinée à une institution italienne et concerne les prestations en cas de tuberculose, et que l'intéressé n'ait pas une année de cotisation au cours des deux dernières années, il y lieu d'indiquer les périodes d'assurance accomplies pendant les cinq dernières années.

(8) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution de l'Irlande ou du Royaume-Uni.

(9) Indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant:
A = maladie-maternité ; B = décès (allocation) ; C = tuberculose.

(10) Si l'institution compétente est une institution d'Irlande, mettre une croix dans cette case autant que la période d'assurance ou de résidence corresponde à une période d'*emploi effectif*.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 105 [ ] (1)

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

Règlement 1408/71 : article 23.3 ; article 58.3
Règlement 574/72 : article 25.1 et 2 ; article 70.1

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

1 Travailleur

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

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

1.3 Numéro d'immatriculation: .....

2 Membres de la famille du travailleur ci-dessus

	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance	Lien de parenté
2.1					
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
2.9	.....	.....	.....	.....	.....

3 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

3.1 Dénomination: .....
3.2 Adresse (2): .....
.....
3.3 Cachet

3.4 Date: .....
3.5 Signature
.....

E 105

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le travailleur

a) Si vous pouvez prétendre à des prestations en espèces pour incapacité de travail en Belgique, en république fédérale d'Allemagne, en France, en Irlande ou au Royaume-Uni, pays dont la législation fait varier le montant de ces prestations en fonction des membres de la famille, vous devez remettre la présente attestation à l'institution qui vous assure.

b) Cette attestation est valable pour une période de 12 mois à partir de la date de sa délivrance (voir point 3.4); à l'expiration de ce délai, vous pouvez en demander le renouvellement à l'institution du lieu de résidence des membres de votre famille (voir points 3.1 et 3.2).

c) Vous êtes tenu de notifier immédiatement, à l'institution qui vous assure, tout changement survenu dans les indications de cette attestation.

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 106 ☐ (1)

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

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

Règlement 1408/71 : article 19.1.a ; article 19.2 ; article 25.3.i
Règlement 574/72 : article 17. 1 et 4 ; article 27, première phrase

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

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

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

2 ☐ Travailleur ☐ Travailleur frontalier ☐ Chômeur

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

2.2 Adresse dans le pays de résidence (3): .....
.....
2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 Membre de la famille (4)

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

3.2 Adresse dans le pays de résidence (3): .....
.....

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

6 Les intéressés conservent ce droit

6.1 ☐ jusqu'à annulation de la présente attestation
6.2 ☐ pendant six mois à dater de la délivrance de la présente attestation (7)

7 Institution compétente (6)

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

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

B. Notification de l'inscription (8)

8

8.1 ☐ Le travailleur indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille
8.2 ☐ Les membres de la famille du chômeur indiqué au cadre 2
8.3 ☐ ont été inscrits chez nous le .....
8.4 ☐ n'ont pas pu être inscrits chez nous parce que:
.....

9 Membres de la famille inscrits

	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
9.1				
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....

10 Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....
10.2 Adresse (3): .....
.....
10.3 Cachet

10.4 Date: .....
10.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

a) *Le présent formulaire vous donne droit, pour vous-même et les membres de votre famille, aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. Si vous êtes en chômage, le présent formulaire ne vous est pas destiné, mais s'adresse uniquement aux membres de votre famille qui résident dans un autre État membre que celui où vous êtes assuré.*

b) *Les deux exemplaires du formulaire qui sont en votre possession doivent être remis le plus tôt possible à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de votre résidence. Si vous êtes en chômage, le formulaire doit être remis par les membres de votre famille à l'institution d'assurance maladie-maternité de leur lieu de résidence.*

c) *Les institutions d'assurance maladie-maternité en question sont :*

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration locale). Dans la commune de Copenhague : le « magistrat » (administration communale) ; dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse » (administration communale) ;*

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

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

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

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

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

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

au **Royaume-Uni,** *le « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), à Newcastle-upon-Tyne, ou le « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), à Belfast, suivant le cas.*

d) *Ce formulaire est valable à partir de la date indiquée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.*

e) *Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'institution d'assurance à laquelle le formulaire aura été remis tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature : abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne; F = France; IRL = Irlande; I = Italie; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas; GB = Royaume-Uni.

(2) À remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) A remplir seulement si le formulaire concerne les membres de la famille du chômeur ; dans ce cas, donner les renseignements pour un seul membre de la famille.

(5) Les membres de la famille qui ont droit aux prestations sont déterminés par la législation du pays de résidence.

(6) Pour les personnes assurées en Italie, les prestations en cas d'affection tuberculeuse ne peuvent être servies qu'au vu d'une attestation délivrée par l'Institut national de la prévoyance sociale (INPS).

(7) Au cas où le formulaire est établi par une institution française.

(8) Si ce formulaire est délivré pour renouveler une attestation émise précédemment, il n'y a pas lieu de remplir la partie B.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 107 ☐ (1)

DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT À PRESTATIONS EN NATURE

Règlement 1408/71 : article 19.1.a ; article 19.2 ; article 22.1.a.i, b.i et c.i ; article 22.3 ; article 25.1.a et 3.i ; article 26.1 ; article 28.1.a ; article 29.1.a ; article 31.a ; article 52.a ; article 55.1.a.i, b.i et c.i
Règlement 574/72 : article 17.1 ; article 20.3 et 4 ; article 21.1 ; article 22.1 et 3 ; article 23 ; article 27 première phrase ; article 28 ; article 29.2 ; article 30.1 ; article 31.1 et 3 ; article 60.1 ; article 62.3, 4 et 7 ; article 63.1 et 3

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

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

1 Institution destinataire

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

2 ☐ Travailleur ☐ Titulaire de pension ou de rente
☐ Chômeur ☐ Demandeur de pension ou de rente

2.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille ..... Date de naissance .....
2.2 Adresse habituelle (2): .....
.....
2.3 Numéro d'immatriculation: .....
2.4 ☐ titulaire ☐ demandeur
de la pension ou de la rente de
☐ vieillesse ☐ invalidité ☐ survie
☐ accident du travail ☐ maladie professionnelle
n° ..... (3) catégorie ..... (3)
2.5 Institution débitrice de la pension ou de la rente:
.....

3 Dernier employeur (4)

3.1 Nom ou raison sociale: .....
3.2 Adresse (2): .....
.....
3.3 Branche d'activité (5): .....
3.4 Institution d'assurance contre les accidents du travail à laquelle l'employeur est affilié:
.....

4 Membres de la famille (6)

4.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille ..... Date de naissance .....
....
....
....
4.2 Adresse dans le pays de résidence (2) (7): .....
.....

5 Nous avons reçu le ..... une demande émanant de la personne indiquée
☐ au cadre 2 ☐ au cadre 4
et tendant à obtenir
5.1 ☐ l'octroi de prestations en nature
5.2 ☐ le maintien du droit aux prestations en nature
5.3 ☐ l'inscription chez nous comme ayant droit aux prestations en nature.

6 Les prestations en nature ☐ ont été accordées ☐ n'ont pas été accordées
6.1 conformément à l'article ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 du règlement 574/72.
6.2 Le demandeur ☐ n'a plus exercé d'activité jusqu'à présent
☐ a exercé l'activité suivante: .....

7 Veuillez nous faire parvenir l'attestation de droit à prestations sur formulaire E .....
ou nous aviser de l'impossibilité de la délivrer.

8 ☐ En annexe, rapport médical (8).

9 Institution du lieu de résidence ou de séjour

9.1 Dénomination: .....
9.2 Adresse (2): .....
.....
9.3 Cachet

9.4 Date: .....
9.5 Signature
.....

B. À remplir par l'institution compétente

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

11 Institution compétente

11.1 Dénomination .....
11.2 Adresse (2): .....
.....
11.3 Cachet

11.4 Date: .....
11.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.
(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(3) À remplir uniquement quand l'institution débitrice de la pension ou de la rente est une institution italienne.
(4) À remplir uniquement quand le formulaire concerne un travailleur en activité ou un chômeur.
(5) À remplir uniquement quand le formulaire concerne un travailleur qui est présumé avoir été victime d'un accident du travail.
(6) À remplir seulement dans le cas de membres de la famille pour lesquels a été présentée une demande de prestations ou d'inscription. Pour l'inscription, indiquer un seul membre de la famille.
(7) À remplir seulement si l'adresse des membres de la famille diffère de celle du chef de famille.
(8) À joindre seulement s'il y a lieu. Dans ce cas, mettre une croix dans la case correspondante.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 108 [ ] (1)

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

Personnes résidant dans un autre pays que le pays compétent

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

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

A. Notification

1 Institution destinataire

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

2
[ ] Travailleur [ ] Travailleur frontalier [ ] Titulaire de pension ou de rente
[ ] Chômeur [ ] Demandeur de pension ou de rente

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

2.2 Adresse dans le pays de résidence (2): .....
.....
2.3 Numéro d'immatriculation .....

3 Membre de la famille (3)

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

3.2 Adresse dans le pays de résidence (2): .....
.....

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

4.1 [ ] Le travailleur désigné ci-dessus a cessé d'être assuré par nous depuis le .....
4.2 [ ] La pension ou la rente du titulaire désigné ci-dessus est suspendue ou supprimée depuis le
.....
4.3 [ ] Toutes les personnes qui étaient inscrites chez vous ne résident plus dans votre pays depuis le
.....
4.4 [ ] Le titulaire du droit à prestations est décédé depuis le .....
4.5 [ ] (4) .....

5 Institution compétente

5.1 Dénomination .....
5.2 Adresse (2): .....
.....
5.3 Cachet

5.4 Date: .....
5.5 Signature
.....

B. Accusé de réception

6 La notification contenue à la partie A ci-avant nous est parvenue le

.....

7 ☐ La personne indiquée à la partie A
☐ n'a plus bénéficié
☐ ne bénéficiera plus
de prestations à partir du

.....

☐ Les personnes indiquées à la partie A
☐ n'ont plus bénéficié
☐ ne bénéficieront plus

8 Institution du lieu de résidence

8.1 Dénomination .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d' Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) À remplir uniquement quand la suppression ou la suspension du droit aux prestations en nature notifiée par le présent formulaire n'affecte que les membres de la famille ; dans ce cas, indiquer un seul de ceux-ci.

(4) Autres motifs, s'il y a lieu.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 109 [ ] (1)

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

Règlement 1408/71 : article 19.2
Règlement 574/72 : article 17.1, 2, 3 et 4 ; article 94.4

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

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

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

2 [ ] Travailleur [ ] Travailleur saisonnier

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

2.2 Adresse (3): .....
.....
2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 Membre de la famille (4)

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

3.2 Adresse (3): .....
.....

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

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

6 et subsiste

6.1 [ ] jusqu'à annulation de la présente attestation
6.2 [ ] pendant six mois à dater de la délivrance de la présente attestation (6)
6.3 [ ] jusqu'à la date prévue pour la fin du travail saisonnier, c'est-à-dire jusqu'au ....., sauf annulation notifiée avant cette date.

7 Institution compétente

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

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

B. Notification de l'inscription (7)

8 ☐ (8)

8.1 Les membres de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que
8.2 ☐ aucun membre de la famille n'a droit aux prestations
8.3 ☐ tous les membres de la famille ont déjà droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays
8.4 ☐ le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle dans notre pays (9)
8.5 ☐ l'«état de famille» nécessaire n'a pas été présenté
8.6 ☐ (10) .....

9 ☐ (8)

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

9.2	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....

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

10 Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....
10.2 Adresse (3): .....
.....
10.3 Cachet

10.4 Date: .....
10.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le travailleur

a) *Le présent formulaire permet aux membres de votre famille de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays où ils résident et selon la législation de ce pays, à moins qu'ils n'y aient déjà droit en vertu de cette même législation.*

b) *Dès que les deux exemplaires du présent formulaire seront en votre possession, vous devez les envoyer aux membres de votre famille qui devront les présenter* **immédiatement** *à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire :*

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration communale). Dans la commune de Copenhague ; le « magistrat » dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse » ;*

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

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

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

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

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

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

c) *Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.*

d) *Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne; F = France; IRL = Irlande; I = Italie; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas; GB = Royaume-Uni.
(2) *À remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.*
(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(4) Indiquer un seul membre de la famille.
(5) Mettre une croix dans la case qui précède, si le formulaire est destiné à une institution danoise, irlandaise ou du Royaume-Uni.
(6) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution française.
(7) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment émise et dont la validité a expiré, l'institution du lieu de résidence n'a pas à remplir la partie B.
(8) Remplir le cadre 8 ou 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
(9) Mettre, le cas échéant, une croix dans la case qui précède, si la partie B est remplie par une institution danoise, irlandaise ou du Royaume-Uni.
(10) Autres motifs.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 110 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LES TRAVAILLEURS DES TRANSPORTS INTERNATIONAUX

Règlement 1408/71 : article 14.1.b ; article 22.1.a.i ; article 22.3 ; article 55.1.a.i
Règlement 574/72 : article 20.1 ; article 62.1

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

A. première attestation

1 Travailleur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Date de naissance ..... Nationalité: .....

1.3 Adresse habituelle (2): .....

.....

2 Membres de la famille qui accompagnent le chef de famille

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

3 Institution compétente

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

.....

.....

3.2 en matière d'assurance contre les maladies professionnelles (dénomination et adresse) (2) (3):

.....

.....

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

5 Employeur

5.1 Nom ou raison sociale: .....

5.2 Activité de l'entreprise: .....

5.3 Adresse (2): .....

.....

5.4 Cachet

5.5 Date: .....

5.6 Signature de l'employeur ou de son préposé

.....

6 Institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité (4) (5)

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (2): .....

.....

6.3 Numéro d'immatriculation du travailleur .....

6.4 Date: .....

6.5 Signature du travaillleur

.....

6.6 Signature de l'employeur ou de son préposé

.....

B. Validations successives (6)

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

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

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le travailleur

a) Le présent document est valable pendant le mois de sa délivrance et les deux mois civils qui suivent (voir points 5.5 et 8).

b) Dans ces limites de validité, il vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille énumérés au cadre 2, de bénéficier des prestations en nature sur le territoire de l'État membre où vous vous trouvez dans l'exercice de votre travail.

c) Quand vous avez besoin de prestations en nature, vous devez présenter au plus tôt ce document à l'institution d'assurance du pays où vous vous trouvez, c'est-à-dire :

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

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune compétent » (administration communale). Dans la commune de Copenhague: le « magistrat » ; dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse ». L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec lesdites institutions. Le formulaire doit être présenté à chaque demande de prestation. Les renseignements sur les médecins et les dentistes à qui on doit s'adresser peuvent être obtenus auprès du « social- og sundhedsforvaltning » (bureau local des services sociaux et de la santé) ;*

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

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

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

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

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

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

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

— **pour les prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :**

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** voir ci-avant, pour les prestations en cas de maladie ou de maternité ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

(1) Sigle du pays où l'entreprise a son siège: B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxemourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) À remplir seulement s'il s'agit d'une autre institution que celle visée au 3.1.

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

(5) Pour les Pays-Bas, indiquer la caisse de maladie (ziekenfonds).

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

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 111 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 22.1.a.i ; article 22.3 ; article 31.a
Règlement 574/72 : article 20.4 ; article 21.1 ; article 23 ; article 31.1 et 3

1 ☐ Travailleur ☐ Titulaire de pension ou de rente [Nom, prénoms, adresse (2)]

1.1 Numéro d'immatriculation: ..... Date de naissance: .....

2 Membres de la famille (3)

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

2.2 Adresse habituelle (2) (4): .....
.....

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

3.1 (5) ☐ du ..... au .....

3.2 (5) ☐ pour les cas de maladie survenus
jusqu'au ..... inclus
pendant ..... jours ..... semaines

4 Institution compétente

4.1 Dénomination: .....
4.2 Adresse (2): .....
.....
4.3 Cachet

4.4 Date: .....
4.5 Signature
.....

4.6 Validation du..... au	4.10 Validation du..... au .....
4.7 Cachet 4.8 Date	4.11 Cachet 4.12 Date .....
4.9 Signature	4.13 Signature .....

E 111

INSTRUCTIONS

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

L'institution compétente ou, le cas échéant, l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé, ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. En cas de séjour au Royaume-Uni, ce formulaire n'est pas requis.

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

a) *Le présent document permet*

— *au travailleur et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire dans un autre pays que l'État compétent,*

— *au titulaire de pension ou de rente et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire dans un autre pays que celui où ils ont leur résidence habituelle,*

d'obtenir des organismes assureurs du pays de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité et, à titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

b) *Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur du pays de séjour, c'est-à-dire ;*

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration communale). Dans la commune de Copenhague ; le « magistrat » ; dans la commune de Frederiksberg ; le « kommunalbestyrelse ». L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec lesdites institutions. Le formulaire doit être présenté à chaque demande de prestations. Les renseignements sur les médecins et les dentistes à qui on doit s'adresser peuvent être obtenus auprès du « social- og sundhedsforvaltning » (bureau local des services sociaux et de la santé) ;*

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

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

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

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

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

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

c) *Pour les personnes assurées en Italie, les prestations en cas d'affection tuberculeuse ne peuvent être servies qu'au vu d'une attestation délivrée par l'« Istituto nazionale per la previdenza sociale » (Institut national de la prévoyance sociale) (INPS).*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Indiquer uniquement les membres de la famille qui se rendent temporairement dans un autre État membre.

(4) À indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente.

(5) Les deux indications s'excluent. Donner uniquement celle qui convient et mettre une croix dans la case correspondante.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 112 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 22.1.b.i ; article 22.1.c.i ; article 22.3 ; article 31
Règlement 574/72 : article 22.1 et 3 ; article 23

L'institution compétente remet le formulaire au travailleur ou au pensionné. Si celui-ci se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department of Health and Social Security, Overseas Branch, à Newcastle-upon-Tyne.

1 ☐ Travailleur ☐ Titulaire de pension ou de rente

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

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

1.3 Adresse dans le pays où le travailleur ou le pensionné se rend (2) (3):
.....
.....

1.4 Numéro d'immatriculation: .....

2 Membre de la famille qui se rend dans un autre État membre

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

2.2 Adresse dans le pays compétent (2) (4):
.....
.....

2.3 Adresse dans le pays où l'intéressé se rend (2):
.....
.....

3 La personne désignée ☐ au cadre 1 ☐ au cadre 2
est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité
en ..... (pays), où elle se rend

3.1 ☐ pour y établir sa résidence.

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

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

4.1 jusqu'au .....

5 Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1 ☐ est joint à la présente sous pli fermé.

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

5.3 ☐ peut nous être demandé en communication.

5.4 ☐ n'a pas été établi.

6 Institution compétente

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (2): .....
.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature
.....

E 112

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

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

en **Belgique,** *la mutualité choisie;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration communale). Dans la commune de Copenhague : le « magistrat » ; dans la commune de Frederiksberg: le « kommunalbestyrelse ». En cas de traitement au Danemark, présenter le formulaire à l'institution qui pratique le traitement;*

en **Allemagne** *(république fédérale), « Allgemeine Ortskrankenkasse » (AOK) (caisse locale de maladie) ;*

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

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

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

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

aux **Pays-Bas,** *en cas de transfert de résidence à la caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence, en cas de séjour temporaire à l'« Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds » (ANOZ) (Mutualité générale de maladie Pays-Bas), à Utrecht ; l'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ;*

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui établit le formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) À indiquer seulement quand le formulaire concerne le travailleur ou le pensionné lui-même.

(4) À indiquer seulement quand l'adresse du membre de la famille diffère de celle du travailleur ou du pensionné.

(5) À préciser si possible.

(6) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALISATION, NOTIFICATION D'ENTRÉE ET DE SORTIE

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

Ce formulaire doit être établi en cas de remboursement des prestations en nature sur la base des dépenses réelles. À remplir par l'institution du lieu de résidence ou de séjour : la partie A pour notifier l'entrée dans l'établissement hospitalier, la partie B pour notifier la sortie ; à envoyer à l'institution compétente. Si l'institution compétente est une institution danoise ou du Royaume-Uni, il n'y a pas lieu d'établir ce formulaire.

1 Institution compétente

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

2 ☐ Travailleur ☐ Titulaire de pension ou de rente
☐ Chômeur ☐ Demandeur de pension ou de rente

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

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

2.3 Numéro d'immatriculation .....

3 Membre de la famille hospitalisé

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

3.2 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2) (3):
.....
.....

4 Référence:
4.1 ☐ votre formulaire ..... du ..... (4)
4.2 ☐ notre formulaire E 107 du .....

A. Notification d'entrée

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

B. Notification de sortie

6 L'hospitalisation notifiée
☐ par notre formulaire E 113 en date du .....
☐ à la partie A ci-dessus
a pris fin le .....

7 Institution du lieu de résidence ou de séjour

7.1 Dénomination: .....
7.2 Adresse (2): .....
.....
7.3 Cachet

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

E 113

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) À indiquer lorsque l'adresse du membre de la famille diffère de celle mentionnée au cadre 2.

(4) Numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit de l'assuré aux prestations.

(5) Dénomination de l'établissement hospitalier.

(6) Si la victime est assurée en Belgique, indiquer ci-après les nom et adresse de l'employeur:

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (2) : .....

(7) À indiquer si possible.

(8) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 114 ☐ (1)

OCTROI DE PROTHÈSES, DE GRAND APPAREILLAGE, ETC.

Règlement 1408/71 : article 19; article 22; article 24; article 25.1 et 3.i; article 31.a; article 52.a; article 55.1
Règlement 574/72: article 17.7 ; article 20.6 ; article 21.2 ; article 22.2 et 3 ; article 23 ; article 26.3 ; article 27 ; article 31.2 et 3 ; article 60.6 ; article 62.8 ; article 63.2 et 3

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

A. Notification

1 Institution compétente:

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

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

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

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

2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 Membre de la famille concerné

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

3.2 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2) (4):
.....
.....

4 Référence:
4.1 ☐ votre formulaire ..... du ..... (5)
4.2 ☐ notre formulaire E 107 du .....
5 Nos services médicaux ont reconnu, pour la personne désignée
☐ au cadre 2 ☐ au cadre 3
5.1 ☐ la nécessité ☐ l'urgence absolue
5.2 des prestations suivantes: .....
.....
6 ☐ Vous trouverez en annexe le rapport médical de contrôle (6).
7 Les prestations citées au point 5.2
7.1 ☐ ont déjà été servies d'urgence le .....
7.2 ☐ seront servies si nous ne recevons pas d'opposition motivée de votre part dans les 15 jours à dater de l'envoi de la présente notification.

8 Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1 Dénomination: .....
8.2 Adresse (2): .....
.....
8.3 Cachet

8.4 Date: .....
8.5 Signature
.....

B. Opposition éventuelle de l'institution compétente

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

.....

.....

10 Institution compétente

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Si la victime est assurée en Belgique, indiquez ci-après les nom et adresse de l'employeur :

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (2) : .....

(4) À indiquer seulement lorsque l'adresse du membre de la famille diffère de celle mentionnée au cadre 2.

(5) Numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit de l'intéressé aux prestations.

(6) Si le rapport médical est joint au formulaire, mettre une croix dans la case prévue.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 115 ☐ (1)

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

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

Si le formulaire concerne un travailleur en activité, il doit être établi en un seul exemplaire et adressé à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Par contre, s'il concerne un chômeur, il y a lieu d'établir deux exemplaires supplémentaires, dont l'un sera adressé à l'institution compétente en matière d'assurance-chômage, l'autre à l'institution correspondante du pays où le chômeur s'est rendu pour y chercher du travail (voir également note 7).

1 Institution compétente

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

2 ☐ Travailleur ☐ Chômeur

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

2.2 Adresse dans le pays compétent (2):

.....

.....

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

.....

.....

2.4 Numéro d'immatriculation: .....

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

3 Employeur (4)

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse (2): .....

.....

3.3 Activité de l'entreprise: .....

A. ☐ **(5) Demande de prestations**

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

4.1 ☐ de maladie (6) ☐ de maternité
☐ d'accident du travail survenu le .....
☐ de maladie professionnelle

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

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

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

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

7 ☐ L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation, et en particulier

.....

.....

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

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

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

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

B ☐ (5) **Prolongation de l'incapacité de travail**

11 Comme suite à

11.1 ☐ notre formulaire E 115 du .....

11.2 ☐ votre formulaire E 117 du .....

11.3 nous avons l'honneur de vous faire savoir que, de l'avis de notre médecin contrôleur,

☐ dont vous trouverez le rapport en annexe,

☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,

la personne indiquée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au

.....

12 Institution du lieu de résidence ou de séjour

12.1 Dénomination: .....

12.2 Adresse (2): .....

.....

12.3 Cachet

12.4 Date: .....

12.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) À remplir seulement quand le formulaire concerne un chômeur.

(4) Pour les chômeurs, indiquer le dernier employeur.

(5) Les parties A et B s'excluent ; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie.

(6) Ou d'accident de droit commun.

(7) Joindre copie du formulaire E 118 adressé à l'intéressé.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 116 ☐ (1)

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

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

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 115 ; à annexer à ce formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité. Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance-maladie.

1 Institution compétente destinataire

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (2): .....
.....
1.3 Référence: notre formulaire E 116 du .....

2 Annexe au formulaire E 115 du .....

3 ☐ Travailleur ☐ Chômeur

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

3.2 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2)
.....
.....
3.3 Numéro d'immatriculation: .....

4 Je soussigné, ..., docteur en médecine, après avoir examiné la personne désignée ci-dessus
le ..... estime
4.1 qu'il s'agit
☐ d'un cas de maladie (3) ☐ d'un cas de maternité
4.2 qu'il s'agit probablement
☐ d'un accident du travail ☐ d'une maladie professionnelle
4.3 ☐ d'une rechute ou aggravation

Partie A: Rapport général

5 À remplir dans tous les cas, (notamment en cas d'accident du travail)

5.1 Anamnèse et symptômes actuels:
.....
.....
5.2 Examen clinique
5.3 État général: ..... Poids: ..... Taille: ..... (4)
5.4 Autres constatations: .....
.....
.....
5.5 Examens techniques (5): .....
.....
.....
5.6 Diagnostic: .....
5.7 Conclusions:
5.8 ☐ L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler.
5.9 ☐ L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir
du ..... jusqu'au .....
5.10 ☐ L'intéressé sera soumis à un nouveau contrôle médical le .....
5.11 ☐ L'intéressé est en état de travailler à partir du .....

Partie B: Rapports en cas d'accident du travail

6 Premier rapport médical

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

6.3 L'incapacité de travail a débuté le .....

6.4 La victime est soignée

☐ à son domicile ☐ au cabinet du médecin

☐ à l'hôpital ☐ dans un autre endroit

Adresse (2) (8) .....

.....

7 Dernier rapport médical

7.1 Le traitement a pris fin le .....

7.2 Les lésions sont consolidées à la date du .....

7.3 ☐ sans séquelles.

7.4 ☐ et auront probablement les conséquences suivantes:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8 Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature du médecin

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire; B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Y compris les accidents de droit commun.

(4) Renseignements à donner dans la limite des nécessités.

(5) Indiquer le genre d'examen et la date.

(6) Indiquer le genre et la nature des lésions, la partie de corps lésée: fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.

(7) Indiquer les conséquences certaines ou probables des lésions constatées: décès, incapacité permanente ou temporaire totale ou partielle ; en cas d'incapacité temporaire, préciser la durée.

(8) Si la victime est soignée à l'hôpital, donner également la dénomination de celui-ci.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 117 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 19.1.b ; article 22.1.a.ii ; article 25.1.b ; article 52.b ; article 55.1.a.ii
Règlement 574/72 : article 18.6 et 8 ; article 24 : article 26.7 ; article 61.6 et 8 ; article 64

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

1 Institution du lieu de résidence ou de séjour

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

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

3 ☐ Le travailleur ☐ Le chômeur désigné ci-après

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

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

3.3 Numéro d'immatriculation: .....

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

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

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

5 Ces prestations seront servies (3)

5.1 ☐ par nos soins à l'adresse citée au point 3.2, par mandat-poste international.
5.2 ☐ par nos soins au retour de l'intéressé dans notre pays.
5.3 ☐ par vos soins pour notre compte.
5.4 ☐ par l'employeur à l'adresse indiquée au point 3.2 (4)
5.5 ☐ par l'employeur, du ..... au ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 L'indemnité doit être servie
6.2 pour tous les jours de la semaine, sauf ☐ le lundi ☐ le mardi ☐ le mercredi ☐ le jeudi ☐ le vendredi ☐ le samedi ☐ le dimanche
6.3 Le montant journalier net de cette indemnité est de
..... (7) si l'assuré n'est pas hospitalisé
..... (7) en cas d'hospitalisation.
6.4 ☐ (8) Lorsque les indemnités sont dues pour un mois entier, elles sont accordées pour 30 jours, que le mois ait plus de 30 jours ou moins.

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

7.1 ☐ d'un examen (9) .....
7.2 ☐ d'un contrôle administratif
7.3 ☐ d'un nouveau contrôle médical, à effectuer vers le .....

8 Institution compétente

8.1 Dénomination: .....
8.2 Adresse (2): .....
.....
8.3 Cachet

8.4 Date: .....
8.5 Signature
.....

E 117

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, pays.

(3) Ce renseignement est superflu dans le cas des chômeurs pour lesquels a été émis un formulaire E 119.

(4) À remplir, le cas échéant, par les institutions danoises.

(5) À remplir par les institutions allemandes.

(6) À remplir uniquement dans le cas indiqué au point 5.3.

(7) Indiquer le montant dans la monnaie du pays compétent.

(8) Mettre une croix dans cette case, s'il y a lieu.

(9) Indiquer le genre d'examen médical demandé (radiographie, analyse de ..., etc.).

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 118 ☐ (1)

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

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

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

1 ☐ Travailleur ☐ Chômeur

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

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

1.3 Numéro d'immatriculation .....

2 ☐ Institution compétente ☐ Institution du lieu de résidence ou de séjour

2.1 Dénomination: .....
2.2 Adresse (2): .....
.....

3 ☐ Des faits qui ont été portés à notre connaissance,
☐ Du contrôle effectué par notre médecin le .....
il résulte que

3.1 ☐ votre incapacité de travail n'est que partielle.
3.2 ☐ vous avez droit à une indemnité partielle d'un montant de .....
à partir du ..... (3)
3.3 ☐ vous n'êtes pas incapable de travailler.
3.4 ☐ votre incapacité de travail à pris fin le ..... (4)
3.5 ☐ Le dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces est le .....

3.6 ☐ L'institution compétente décidera du dernier jour pour lequel vous percevrez des prestations en espèces.

4 ☐ Institution du lieu de résidence ou de séjour ☐ Institution compétente

4.1 Dénomination: .....
4.2 Adresse (2): .....
.....
4.3 Cachet

4.4 Date: .....
4.5 Signature
.....

E 118

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Avec son annexe, il se compose de 4 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile

Indications pour le travailleur ou le chômeur

Vous pouvez introduire un recours contre la décision qui vous est communiquée par le présent document auprès de l'instance compétente de l'État compétent ou bien auprès de celle du pays de séjour ou de résidence.

Les noms de ces instances, les voies et délais de recours sont indiqués en annexe.

Pour les voies et délais de recours, il faut se référer aux indications données en ce qui concerne le pays compétent.

Dans votre cas, les indications données sous le numéro .... sont applicables.

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) À ne remplir que lorsque l'institution compétente établit le formulaire. Indiquer s'il s'agit d'un montant journalier, hebdomadaire, mensuel.

(4) Indiquer le dernier jour d'incapacité de travail.

E 118 Annexe

VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

Règlement 574/72: article 18.4 ; article 61.4

1. **BELGIQUE**

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

Par tribunal du travail compétent, il faut entendre :

a) si vous êtes domicilié en Belgique, le tribunal du travail de la circonscription où se trouve votre domicile ;

b) si vous n'avez pas ou si vous n'avez plus de domicile en Belgique, le tribunal du travail de la circonscritpion où se trouvait votre dernier domicile ou votre dernière résidence en Belgique ;

c) si vous n'avez pas eu de domicile ou de résidence en Belgique, le tribunal du travail de la circonscription de votre dernière occupation en Belgique.

2. **DANEMARK**

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous pouvez,

a) en ce qui concerne l'allocation journalière due pendant les cinq semaines à compter du premier jour d'absence dans les cas où l'employeur est obligé de servir l'allocation journalière « période d'employeur », introduire un recours auprès du « dagpengeudvalget » (comité d'allocations journalières), adresse :

.....

b) en ce qui concerne l'allocation journalière due au-delà de la « période d'employeur », ou dans les cas ou il n'y a aucune « période d'employeur » introduire un recours dans les quatre semaines à compter de la notification de la décision, devant le « Amtsankenaevn » (commission de recours) compétent ; à Copenhague et Frederiksberg, auprès du «Sociale ankestyrelse» (comité de recours en matière sociale), adresse :

.....

3. **RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE**

Vous pouvez introduire un recours écrit contre la décision ci-jointe dans un délai d'un mois à compter du jour de sa notification, auprès de l'institution compétente allemande désignée au cadre 2 ou 4 du formulaire E 118 ou bien auprès de l'institution du lieu de séjour ou de résidence désignée à ces mêmes cadres.

4. **FRANCE**

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

Dénomination: .....

Adresse : .....

.....

5. **IRLANDE**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez adresser au ministère de la prévoyance sociale, à Dublin, une demande spécifiant que vous désirez que votre cas soit soumis à une instance d'appel (Appeals Officer).

Cette demande doit être introduite dans les 21 jours à compter de la date de la réception de la décision.

6. **ITALIE**

Décisions de l'INAM (assurance-maladie)

Les décisions de rejet prises par les instances médicales compétentes de l'INAM (médecin-chef de section) en matière médicale (existence de l'état de maladie, incapacité de travail, nécessité objective d'une prestation, etc.) peuvent être contestées par l'assuré, qui doit adresser son recours, **dans les 5 jours à dater de la notification** de la décision, à la commission médicale provinciale (Collegio medico provinciale) par l'intermédiaire de la section territoriale de l'INAM.

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

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

Si la commission médicale provinciale confirme la décision du médecin-chef de section, l'intéressé a la faculté de présenter un recours au commissaire liquidateur (Commissario liquidatore) de l'INAM, par l'intermédiaire du siège provincial, dans le délai d'un an à compter de la date de notification de la décision.

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

En plus de ce recours (ou à sa place), l'intéressé peut s'adresser à l'autorité judiciaire, dans un délai d'un an, à compter du jour où il estime qu'il a droit à la prestation contestée.

Décisions de l'INPS (tuberculose)

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

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

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

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

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

S'il ne reçoit pas de réponse dans le délai de 60 jours à compter de la date de l'accusé de réception ou du récépissé visé à l'alinéa précédent, ou s'il estime que cette réponse n'est pas satisfaisante, il pourra citer l'INAIL devant les instances judiciaires.

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

7. **LUXEMBOURG**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est loisible d'introduire un recours en principe au Cónseil arbitral des assurances sociales, à Luxembourg, dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision.

Tout recours doit être accompagné d'un procès-verbal circonstancié de l'inspection générale de la sécurité sociale, à Luxembourg, attestant qu'elle a été saisie préalablement de la composition administrative du litige.

8. **PAYS-BAS**

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

9. **ROYAUME-UNI**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours, dans un délai de 28 jours à compter de la notification, auprès du « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), à Newcastle-upon-Tyne, ou du « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), à Belfast, suivant le cas.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 119 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 25.1 et 3.i
Règlement 574/72 : article 26.1

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

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

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

1.3 Référence: votre formulaire ☐ E 107 du ..... ☐ E 115 du .....

2 Chômeur

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

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

.....

.....

2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 Dernier employeur

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse (3): .....

.....

4 L'intéressé désigné ci-dessus a droit aux prestations de l'assurance maladie-maternité

☐ en nature pour lui même
☐ en espèces pour lui même
☐ en nature pour les membres de sa famille

à condition que l'institution d'assurance-chômage du pays où il s'est rendu pour chercher du travail ait fourni à l'institution d'assurance maladie-maternité du même pays un formulaire E 303 contenant l'attestation prévue à l'article 26.2 premier alinéa, du règlement 574/72.

5 Les prestations en nature peuvent être servies

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

5.2 ☐ pour les cas de maladie survenus jusqu'au ..... inclus,

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

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

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

6.2 ☐ pour les cas de maladie survenus jusqu'au ..... inclus,

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

7 Ces prestations en espèces seront servies

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

7.2 ☐ par vous pour notre compte.

8

8.1 L'indemnité devra être servie

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

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

9	(4)

9.1 Le montant journalier net de cette indemnité

9.2 ☐ est égal à celui prévu de la part de l'assurance-chômage.

9.3 ☐ est de ..... (5) si l'assuré n'est pas hospitalisé

et de ..... (5) en cas d'hospitalisation.

10	Institution compétente (6)

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le chômeur

a) *Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance-maladie pour vous et pour les membres de votre famille, vous devez vous adresser à l'institution suivante :*

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration communale). Dans la commune de Copenhague : le « magistrat »; dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse ». L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec lesdites institutions. Ce formulaire doit être présenté à chaque demande de prestation. Les renseignements sur les médecins et les dentistes à qui on doit s'adresser peuvent être obtenus auprès du « social- og sundhedsforvaltning » (bureau local des services sociaux et de la santé) ;*

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

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

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

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

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

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

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

Outre ce formulaire E 119, il est nécessaire que vous soyez en possession d'un exemplaire du formulaire E 303/3 dont le point 7 aura été rempli par l'institution d'assurance-chômage du pays où vous cherchez du travail.

b) *Pour obtenir les prestations en espèces pour vous-même en cas d'incapacité de travail ou d'hospitalisation, vous devez présenter (sauf si vous vous trouvez aux Pays-Bas) les formulaires cités au point a) ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail délivré par votre médecin traitant,*

— *si vous vous trouvez en Belgique, en république fédérale d'Allemagne, en France, en Italie, au Luxembourg : à l'institution d'assurance indiquée au point a) ;*

— *si vous vous trouvez au Danemark : à la « stedlige social- og sundhedsforvaltning » (bureau local des services sociaux et de la santé). Dans les communes de Copenhague, Odense, Alborg et Arhus, au « magistrat » (administration communale) ;*

— *si vous vous trouvez en Irlande : au « local agent of Department of Social Welfare » (bureau local du Ministère de la prévoyance sociale), à Dublin. Vous pouvez également envoyer ces formulaires au Ministère même ;*

— *si vous vous trouvez au Royaume-Uni : au « Department of Health and Social Security. Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), à Newcaslte-upon-Tyne, ou au « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), à Belfast, suivant le cas.*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) À remplir uniquement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) Remplir ce cadre uniquement quand les prestations en espèces doivent être servies par l'institution du lieu de résidence ou de séjour.

(5) Indiquer le montant dans la monnaie du pays compétent.

(6) Si ce formulaire est émis par une institution des Pays-Bas, les prestations en nature sont à la charge du « Ziekenfondsraad » (Conseil des caisses de maladie) à Amstelveen ; les prestations en espèces sont à la charge de l'institution qui émet le formulaire.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 120 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 26.1
Règlement 574/72 : article 28

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'intéressé qui doit les présenter à l'institution de son lieu de résidence. Si le demandeur de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. L'institution du lieu de résidence, au reçu des exemplaires en question, en remplit la partie B et transmet un des exemplaires à l'institution mentionnée au cadre 6. Le cas échéant, les deux exemplaires sont d'abord transmis à l'institution qui doit remplir les cadres 5 et 6.

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

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

2 Demandeur de pension ou de rente

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

2.2 Adresse dans le pays de résidence (3): .....
.....
2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 À remplir par l'institution à laquelle la demande de pension ou de rente a été présentée

3.1 L'intéressé indiqué ci-dessus a présenté le .....
une demande de pension ou de rente
☐ de vieillesse ☐ d'invalidité ☐ de survie
☐ d'accident du travail ☐ de maladie professionnelle
3.2 (4) ☐ Il résulte de l'examen de cette demande que l'intéressé est susceptible d'obtenir une pension à notre charge.

4 Institution qui a rempli le cadre 3

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

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

5.1 L'intéressé indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité (5)

5.2 à partir du ..... et jusqu'à annulation de la présente attestation.

6	Institution qui a rempli le cadre 5

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (3): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

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

7	(6) ☐

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

.....

.....

8	(6) ☐

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

.....

9	Membres de la famille inscrits

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

10	Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

E 120

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées, il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile

Indications pour l'assuré

a) *La présente attestation vous donne, à vous-même et aux membres de votre famille, le droit de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays de votre résidence.*

b) *Vous devez, dès que possible, présenter les deux exemplaires de cette attestation qui sont en votre possession à une des institutions d'assurance désignées ci-après :*

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration locale). Dans la commune de Copenhague : le « magistrat » (administration communale) ; dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse » (administration communale) ;*

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

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

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

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

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

au **Pays-Bas,** *une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence.*

c) *Vous devez signaler, à l'institution d'assurance à laquelle vous aurez remis le formulaire, tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (octroi de la pension ou de la rente demandée, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique, DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) À remplir seulement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.

(5) Si l'attestation est émise par une institution d'assurance italienne, le droit aux prestations en cas d'affection tuberculeuse doit être attesté par l'« Istituto nazionale per la previdenza sociale » (Institut national de la prévoyance sociale) (INPS).

(6) Remplir le cadre 7 ou le cadre 8 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 121 [ ] (1)

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

Règlement 1408/71 : article 28.1.a
Règlement 574/72 : article 29.1, 2 et 3 ; article 95.4

L'institution qui doit délivrer l'attestation conformément à l'article 29.2 du règlement 574/72 remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou de rente, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été demandé par celle-ci. Si le titulaire de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. Le cas échéant, les deux exemplaires sont d'abord transmis à l'institution qui doit remplir les cadres 5 et 6. L'institution du lieu de résidence, au reçu des deux exemplaires, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution désignée au cadre 6.

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

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

2 Titulaire de pension ou de rente

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

3 À remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente

3.1 L'intéressé désigné ci-dessus est titulaire d'une pension ou d'une rente
[ ] de vieillesse [ ] d'invalidité [ ] de survie
[ ] d'accident du travail [ ] de maladie professionnelle
3.2 depuis le .....
3.3 Numéro de la pension ou de la rente: .....

4 Institution qui a rempli le cadre 3

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

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

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

6 Institution qui a rempli le cadre 5

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (3): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

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

7 (4) ☐

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

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

7.3 ☐ Autres motifs: .....

.....

.....

8 (4) ☐

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

8.2 Membres de la famille inscrits (6):

	8.3 Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
8.4	.....	.....	.....	.....
8.5	.....	.....	.....	.....
8.6	.....	.....	.....	.....
8.7	.....	.....	.....	.....
8.8	.....	.....	.....	.....
8.9	.....	.....	.....	.....
8.10	.....	.....	.....	.....
8.11	.....	.....	.....	.....

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

9 *Institution du lieu de résidence*

9.1 Dénomination: .....

9.2 Adresse (3): .....

.....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature

.....

E 121

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le titulaire de pension ou de rente

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

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration locale). Dans la commune de Copenhague : le « magistrat » (administration communale) ; dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse » (administration communale) ;*

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

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

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

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

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

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

b) *Vous devez signaler à l'institution d'assurance à laquelle vous aurez remis le formulaire tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (suspension ou suppression de la pension ou de de la rente, changement de votre lieu de résidence ou de celui d'un membre de votre famille, etc.).*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) À remplir seulement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) Remplir le cadre 7 ou le cadre 8 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

(5) À remplir seulement par les institutions néerlandaises.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 122 [ ] (1)

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

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

Règlement 1408/71 : article 29.1.a
Règlement 574/72 : article 30.1

L'institution d'assurance-maladie du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence des membres de la famille si le formulaire est établi à la demande de celle-ci. Si les membres de la famille résident au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaires sont à envoyer directement au Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne. L'institution du lieu de résidence, au reçu des deux exemplaires en question, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution d'assurance-maladie du lieu de résidence du titulaire. Si les membres de la famille résident dans plusieurs pays différents, établir une attestation distincte pour chacun de ces pays.

A. Notification du droit

1 (2) Institution destinataire

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

2 Titulaire de pension ou de rente

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

2.2 Adresse (3): .....
.....
2.3 Numéro d'immatriculation: .....

3 Membre de la famille (4)

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

3.2 Adresse (3) .....
.....

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

5 Pour l'octroi de ces prestations aux membres de la famille, la présente attestation est valable
- [ ] à partir du ..... jusqu'à réception de la notification de son annulation.
- [ ] 12 mois à dater de sa délivrance (5).

6 Institution compétente

6.1 Dénomination: .....
6.2 Adresse (3): .....
.....
6.3 Cachet

6.4 Date: .....
6.5 Signature
.....

B. Notification de l'inscription

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

Motif:

.....

.....

8 (6) ☐ Les membres suivants de la famille du titulaire de pension ou de rente indiqué au cadre 2 ont éte inscrits:

9 Membres de la famille inscrits

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

10 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le titulaire de pension ou de rente

a) Le présent formulaire donne aux membres de votre famille le droit de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité dans le pays de leur résidence selon la législation de ce pays, à moins qu'ils n'y aient déjà droit en vertu de cette même législation.

b) Dès que les deux exemplaires de ce formulaire seront en votre possession, vous devrez les faire parvenir aux membres de votre famille ; ceux-ci devront les présenter immédiatement à une institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire :

en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*

au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration locale). Dans la commune de Copenhague : le « magistrat » (administration communale) ; dans la commune de Frederiksberg : le « kommunalbestyrelse » (administration communale) ;*

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

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

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

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

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

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

c) Ce formulaire est valable depuis la date et pour la durée indiquées au point 5.

d) Les membres de votre famille doivent signaler à l'institution d'assurance à laquelle ils auront remis le formulaire tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature, et en particulier tout changement de leur lieu de résidence.

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) À remplir seulement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) À remplir uniquement si les membres de la famille résident au Royaume-Uni ; indiquer les données concernant un membre de la famille.

(5) Dans le cas où le formulaire est émis par une institution française.

(6) Remplir le point 7 ou le point 8 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 123 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 52.a ; article 55.1.a.i, b.i et c.i
Règlement 574/72 : article 60.1 ; article 62.4 et 7 ; article 63.1 et 3

Quand le formulaire a été demandé par l'institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé au moyen d'un formulaire E 107, il doit être adressé à ladite institution ; dans les autres cas, il doit être remis au travailleur. Si celui-ci se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department of Health and Social Security, Overseas Branch, Newcastle-upon-Tyne.

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

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

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

2 Travailleur

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

2.2 Adresse dans le pays compétent (3):

.....

.....

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

.....

.....

2.4 Numéro d'immatriculation: .....

3 En raison

3.1 ☐ des éléments indiqués dans votre formulaire E 107 du .....

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

.....

.....

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

.....

.....

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

☐ pour y établir sa résidence ☐ pour y recevoir des soins

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

☐ pour accident du travail ☐ pour maladie professionnelle

4.1 ☐ pendant la durée prévue par les dispositions de la législation du pays de sa résidence.

4.2 ☐ jusqu'au .....

4.3 ☐ pendant trois mois au plus

4.4 ☐ sans restriction de temps.

5	Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1 ☐ est joint sous pli fermé
5.2 ☐ a été envoyé le ..... à (4) .....
.....
5.3 ☐ peut nous être demandé.
5.4 ☐ n'a pas été établi.

6	Institution compétente

6.1 Dénomination: .....
6.2 Adresse (3): .....
.....
6.3 Cachet

6.4 Date: .....
6.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

Vous devez présenter au plus tôt cette attestation à l'institution d'assurances du pays où vous vous êtes rendu, c'est-à-dire :
en **Belgique,** *la mutualité choisie ;*
au **Danemark,** *l'« amtskommune » compétent (administration communale) : dans la commune de Copenhague, le « magistrat », dans la commune de Frederiksberg, le « kommunalbestyrelse ». En cas de séjour temporaire, l'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec lesdites institutions. Le formulaire doit être présenté à chaque demande de prestations. Les renseignements sur les médecins et les dentistes à qui on doit s'adresser peuvent être obtenus auprès du « stedlige sociale- og sundhedsforvaltning » (bureau local des services sociaux et de la santé). En cas de traitement, présenter le formulaire à l'institution qui pratique le traitement ;*
en **Allemagne** *(république fédérale), l'« Allgemeine Ortskrankenkasse » (AOK) (caisse locale de maladie) ;*
en **France,** *la caisse primaire d'assurance-maladie ;*
en **Irlande,** *le « Health Board » (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;*
en **Italie,** *le siège provincial de l'« Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro » (INAIL) (Institut national d'assurance contre les accidents du travail) ;*
au **Luxembourg,** *l'Association d'assurance contre les accidents ;*
aux **Pays-Bas,** *une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ; ou, en cas de séjour temporaire l'« Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds » (ANOZ) (Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'ANOZ ;*
au **Royaume-Uni,** *le service médical (médecin, dentiste, hôpital, etc.) auquel le traitement est demandé ;*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.
(2) Remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé.
(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(4) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 124 ☐ (1)

DEMANDE D'ALLOCATION DE DÉCÈS

Règlement 1408/71 : article 65
Règlement 574/72 : article 78

1 Le soussigné

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

1.2 Numéro d'immatriculation (2): .....

1.3 Institution qui l'assure (2) (3): .....

.....

1.4 Lien de parenté avec le défunt: .....

1.5 Adresse (4): .....

.....

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

3 ☐ travailleur ☐ titulaire de pension ou de rente
☐ membre de sa famille ☐ demandeur de pension ou de rente

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

3.2 Numéro d'immatriculation (2): .....

3.3 Date du décès: .....

3.4 Cause du décès:
☐ maladie ☐ accident ☐ accident du travail
☐ maladie professionnelle ☐ autres causes

3.5 Institution par laquelle le défunt était assuré (2) (3): .....

.....

4 Le demandeur d'allocation ☐ était ☐ n'était pas à la charge du défunt

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

6 La dépense des obsèques s'élève à (5) .....; elle a été payée par .....

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

.....

.....

.....

8 Date: .....

8.1 Signature

.....

E 124

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le demandeur

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

— soit à l'institution d'assurance compétente,

— soit à l'institution d'assurance de l'endroit ou vous vous trouvez, c'est-à-dire :

en **Belgique,** *une mutualité de votre choix ;*

au **Danemark,** *le « Sikringsstyrelsen » (Office national de la sécurité sociale) à Copenhague ;*

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

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

en **Irlande,** *le « Department of Social Welfare » (ministère de la prévoyance sociale) à Dublin ;*

en **Italie,** *le siège provincial de l'INAM, de l'INPS ou de l'INAIL selon le cas ;*

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

au **Royaume-Uni,** *le « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international) à Newcastle-upon-Tyne ou le « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international) à Belfast, suivant le cas.*

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

en **Belgique,** *un extrait de l'acte de décès, délivré par l'administration communale ;*
les factures acquittées relatives aux frais funéraires ;

au **Danemark,** *l'acte de décès,*
les factures acquittées relatives aux frais funéraires ;

en **Allemagne** *(république fédérale), l'acte de décès ;*

en **France,**

— **dans tous les cas,** *le « bulletin de décès » de l'assuré ;*

— **en outre,** *selon le cas,*

— *si vous étiez l'époux ou l'épouse de l'assuré, la « fiche familiale » d'état civil ;*
— *si vous êtes son descendant (fils, fille, petit-fils, etc.), la « fiche familiale » d'état civil établissant son lien de parenté avec vous ;*
— *si vous êtes son ascendant (père, mère, grand-père, etc.), sa « fiche individuelle » d'état civil ;*
— *si vous étiez à sa charge à un autre titre, une attestation sur l'honneur, indiquant que vous étiez à sa charge totale, effective et permanente ;*

en **Irlande,** *le certificat de décès,*
le cas échéant, le certificat de mariage,
le devis ou le décompte des frais funéraires ou le reçu de ces frais, si vous les avez payés ;

en **Italie,** *le certificat de décès,*
le document d'immatriculation,
l'état de famille s'il y a lieu ;

au **Luxembourg,** *l'acte de décès,*
les factures acquittées relatives aux frais funéraires,
le cas échéant un certificat de l'administration communale attestant la communauté domestique ;

au **Royaume-Uni,** *le certificat de décès,*
le cas échéant, le certificat de mariage,
le devis ou le décompte des frais funéraires.

NOTES

(1) Sigle du pays de résidence du demandeur d'allocation : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) À indiquer uniquement quand il s'agit d'un travailleur ou d'un titulaire (ou demandeur) de pension ou de rente.

(3) Indiquer la dénomination et l'adresse.

(4) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(5) À indiquer dans la monnaie du pays de résidence du demandeur d'allocation.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 125 ☐ (1)

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

Règlement 1408/71 : article 36.1 et 2 ; article 63.1 ; article 87.1
Règlement 574/72 : article 93.1, 2, 4 et 5 ; article 105.1

Remplir un formulaire par bénéficiaire.

1 Facture n° ..... (2) ☐ 1er semestre ☐ 2e semestre de l'exercice 19.....

2 Institution compétente destinataire

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

3 Assuré

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

3.2 Adresse (3): .....
.....
3.3 Adresse (3) dans le pays compétent: .....
.....
3.4 Numéro d'immatriculation: .....

4 Membre de la famille (4)

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

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

5.1 ☐ 19.1,2 ☐ 22.1,3 ☐ 25.1,3,4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31 ☐ 52 ☐ 55.1
du règlement 1408/71
au vu des formulaires suivants qui nous ont été adressés:

5.2 ☐ Formulaire E..... du ..... ☐ Formulaire E 117 du .....

5.3 la personne indiquée ☐ au cadre 3 ☐ au cadre 4
a été soumise à l'expertise médicale demandée le .....

6	DÉPENSES EFFECTUÉES				6.1 Montant (5)
6.2	**Pour prestations en nature** servies	du	au		.....
6.3	Soins médicaux				.....
6.4	Soins dentaires				.....
6.5	Médicaments				.....
6.6	Hospitalisation	du	au		.....
		du	au		.....
6.7	Autres prestations (6)				
	.....				.....
6.8	**Total des prestations en nature**				.....
6.9	**Contrôles médicaux** (7)				
	.....				.....
6.10	**Pour prestations en espèces** servies	du	au		.....
6.11	TOTAL DES DÉPENSES				.....

7	Institution créancière
7.1	Dénomination: .....
7.2	Adresse (3): .....
	.....
7.3	Cachet
7.4	Date: .....
7.5	Signature
	.....

8	Réservé à l'institution du pays compétent

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) À indiquer si le renseignement est nécessaire à l'institution créancière.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) À indiquer seulement quand le décompte se rapporte à un membre de la famille de l'assuré.

(5) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.

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

(7) Indiquer la nature des contrôles médicaux ou des expertises médicales effectués.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 126 ☐ (1)

TARIFICATION EN VUE DU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE

Règlement 1408/71 : article 22.1.a.i ; article 22.3 ; article 31.a
Règlement 574/72 : article 34

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

A. Demande

1 Institution destinataire (2)

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (3): .....
.....

2 ☐ Travailleur ☐ Titulaire de pension ou de rente

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

3 Membres de la famille ayant reçu les soins

	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
3.1				
3.2	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....

4 L'intéressé mentionné ci-dessus,
4.1 durant un séjour en ..... (pays)
4.2 à ..... (localité),
4.3 a payé lui-même les prestations qui lui ont été nécessaires.
4.4 Il est ☐ veuf ☐ invalide (4)
4.5 et dispose d'un revenu de ..... (4).

5 Nous vous prions d'indiquer sur les quittances ci-jointes, pour chaque prestation qui y figure, la somme qui pourrait lui être remboursée selon les tarifs appliqués par l'institution du lieu de séjour. Uniquement pour le Luxembourg, indiquer également le montant de la participation officielle à supporter par l'assuré.

6 Annexes ..... quittances.

7 Institution compétente

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

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

B. Réponse

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

9 ☐ Montant à rembourser (5) ..... ☐ Pas de remboursement

10 Observations: .....
.....
.....
.....

11 Institution du lieu de séjour

11.1 Dénomination: .....
11.2 Adresse (3): .....
.....
11.3 Cachet

11.4 Date: .....
11.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Si l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations en nature n'est pas connue, le formulaire peut être adressé à l'organisme de liaison du pays de séjour, c'est-à-dire :

— en **Belgique,** *l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), Bruxelles ;*

— au **Danemark,** *le Sikringsstyrelsen (Office national de la sécurité sociale), Copenhague ;*

— en **Allemagne** *(république fédérale), le Bundesverband der Ortskrankenkassen (Fédération nationale des caisses locales de maladie), Bonn ;*

— en **France,** *le Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants, Paris ;*

— en **Irlande,** *le Department of Health (ministère de la santé), Dublin ;*

— en **Italie,** *l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, direzione generale (Institut national d'assurance maladie, direction générale), Rome ;*

— au **Luxembourg,** *l'Inspection générale de la sécurité sociale, Luxembourg;*

— aux **Pays-Bas,** *l'Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ) (Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), à Utrecht.*

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) À remplir seulement si la demande est adressée à une institution belge.

(5) Indiquer le montant total.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 127 ☐ (1)

RELEVÉ INDIVIDUEL DES FORFAITS MENSUELS

Règlement 1408/71 : article 36.1 et 2
Règlement 574/72 : article 94 ; article 95

1

Relevé n° ..... de l'année 19 ..... (2)

2 Institution compétente

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

3 Le droit aux prestations en nature est ouvert du chef du
☐ travailleur ☐ titulaire de pension ou de rente

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

3.2 Numéro d'immatriculation attribué par l'institution compétente: .....

4 Adresse de la famille du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente et de sa famille (3) :
.....
.....

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

6 Pour la période pendant laquelle ce droit a subsisté
(du ..... au .....),

6.1 le nombre de forfaits mensuels
☐ par famille ou par pensionné et famille ☐ par membre de famille ☐ par tête
est de .....

7 Institution créancière

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

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

8 Réservé à l'institution compétente

E 127

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en 3 exemplaires, en utilisant uniquement les lignes pointillées

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) L'année à indiquer est celle où les prestations ont été servies.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 201 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71 : article 9.2 ; article 15.3
Règlement 574/72 : article 6.2

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

1 Travailleur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité (2) .....

1.3 Adresse (3): .....

.....

1.4 Numéro d'immatriculation: .....

2 Dernier emploi ayant donné lieu à assurance (4)

2.1 Nature de l'occupation (ouvrier, employé, mineur etc.):

.....

2.2 Employeur (nom ou raison sociale): .....

2.3 Adresse (3): .....

.....

3 Le travailleur désigné au cadre 1 ☐ est ☐ a été assuré par nous

du / au	périodes (5)	en qualité de (4) (6)	nature de l'assurance (7)	pour les risques de (8)
..... /				
..... /				
..... /				

4 Le travailleur désigné au cadre 1 a accompli les périodes de résidence suivantes (9):

du	au	Durée		
		Années	Mois	Jours

5

5.1 L'intéressé ☐ a introduit ☐ n'a pas introduit
dans un autre État membre une demande afin de s'inscrire à une assurance volontaire ou facultative continuée.

Dans l'affirmative, indiquer

5.2 le pays: .....

5.3 le risque (8): .....

6	(6)

6.1 L'intéressé ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas
6.2 ☐ d'une pension d'invalidité
6.3 ☐ d'une pension de vieillesse
6.4 Date d'effet de la pension: .....

7	Institution qui délivre l'attestation

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

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) Si l'attestation est émise par une institution belge, française, irlandaise ou du Royaume-Uni, les informations données résultent des renseignements fournis par le travailleur lui-même.

(5) Indiquer le nombre de trimestres, de mois, de semaines, de jours, selon les modalités des législations nationales.

(6) À remplir uniquement dans le cas où le formulaire est destiné à une institution allemande ou italienne.

(7) Indiquer la nature de l'assurance en utilisant le code suivant :
A = obligatoire
B = volontaire
C = facultative continuée.

(8) Indiquer les risques couverts en utilisant le code suivant :
D = invalidité
E = vieillesse
F = décès.

(9) À remplir uniquement si l'attestation est délivrée par une institution danoise.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 5

E 202 ☐ (1)

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

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE

Règlement 1408/71 : articles 44 à 50 ; article 77
Règlement 574/72 : articles 36 à 38 ; articles 41 à 43 ; articles 45 à 47 ; article 49 ; article 90 (*) ; article 111

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

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

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (3): .....
.....

A. Renseignements concernant l'assuré

2

2.1 Nom de famille (4): .....
2.2 Nom de naissance (4): .....
2.3 Prénoms (5): .....
2.4 Noms antérieurs (6): .....
2.5 Sexe (7): .....
2.6 Nom et prénoms du père (8): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (8): .....
2.8 État civil:
☐ célibataire ☐ divorcé remarié (9) ☐ séparé
☐ marié ☐ divorcé non remarié (9) ☐ veuf

3 Nationalité (10) .....

4 Naissance

4.1 Date (11): .....
4.2 Localité (12): .....
4.3 Province ou département (13): .....
4.4 Pays (14): .....

5 Adresse (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction : .....
6.2 Référence du dossier de l'institution d'instruction: .....

(*) Cet article n'est pas d'application pour les Pays-Bas.

7

7.1 ☐ L'assuré exerce encore une activité professionnelle
7.2 ☐ L'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle depuis le .....
7.3 ☐ L'assuré entend cesser d'exercer une activité rémunérée le ([16])
.....
7.4 ☐ L'assuré exerce une activité remunérée ([16])
7.5 ☐ L'assuré entend exercer une activité rémunérée ([17])
7.6 Montant annuel du salaire et, le cas échéant, des autres revenus ([18]) : .....
7.7 Nature des autres revenus ([18]) : .....

		a demandé les prestations suivantes	et/ou	bénéficie des prestations suivantes
8.1	L'assuré			
8.2	continuation du paiement du salaire en cas de maladie	☐		☐
8.3	indemnités de l'assurance-maladie pour incapacité de travail	☐		☐
8.4	indemnités en cas de rééducation	☐		☐
8.5	pension d'invalidité	☐		☐
8.6	pension de vieillesse	☐		☐
8.7	pension de survivant	☐		☐
8.8	rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	☐		☐
8.9	prestations de chômage	☐		☐

8.10 Institutions débitrices des prestations visées aux points 8.3 à 8.9 [dénomination, adresse ([3])]

ad 8..... .....
ad 8..... .....
ad 8..... .....
ad 8..... .....

8.11 Renseignements complémentaires concernant les prestations visées aux points 8.3 à 8.9

	Numéro de référence	Période ou date d'effet	Montant
ad 8	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel .....
ad 8	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel .....
ad 8	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel .....
ad 8	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel .....

8.12 Sont considérées comme avance sur la pension demandée:
☐ les indemnités de l'assurance-maladie, pour incapacité de travail;
☐ les prestations de chômage;
☐ ....

9 Renseignements à fournir pour les besoins des institutions allemandes et françaises

9.1 Le demandeur
- (19) ☐ se déclare inapte au travail; ci-joint un dossier médical
- (19) ☐ ne se déclare pas inapte au travail

9.2 Le demandeur
- (19) ☐ déclare avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'un des actes ordinaires de la vie; ci-joint un dossier médical
- (19) ☐ ne déclare pas avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'un des actes ordinaires de la vie

B. Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré

10 Conjoint

10.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille ..... Sexe .....

10.2 Date de naissance: ..... Lieu de naissance: .....

10.3 Adresse (3) (20): .....

.....

10.4 Date de mariage: .....

10.5 Le conjoint ☐ exerce ☐ n'exerce pas une activité professionnelle.

10.6 Dans l'affirmative, montant de ses revenus:

☐ par semaine (21): ..... ☐ par an (22): .....

10.7 Le conjoint, âgé de 60 à 65 ans, se déclare

☐ apte ☐ inapte au travail (19)

10.8 Le conjoint ☐ est ☐ n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente.

Dans l'affirmative,

10.9 nature de la pension ou de la rente: .....

10.10 numéro de la pension ou de la rente: .....

10.11 institution débitrice: .....

10.12 montant ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ annuel: .....

10.13 Le conjoint ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas d'autres prestations (23):

☐ chômage ☐ maladie ☐ invalidité ☐ autres

10.14 Autres ressources connues: Nature .....

Montant (24) .....

11 Enfants

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

11.2 L'institution d'instruction n'est pas tenue au paiement des prestations visées à l'article 77 du règlement 1408/71 pour les enfants indiqués aux lignes

nos ..... de la rubrique 11.1 (25)

11.3 Adresse (3) (26): .....

.....

11.4 Observations (27): .....

C. Renseignements divers

12 ☐ Date d'introduction de la présente demande: .....
☐ Date d'effet de la pension ou de la rente choisie par le demandeur ([28]): .....
☐ Date d'effet de la pension ou de la rente: .....

13 Le requérant ☐ a demandé ☐ n'a pas demandé
qu'il soit sursis à la liquidation d'une pension de vieillesse à laquelle il aurait droit.
Dans l'affirmative, indiquer le pays: .....

14 L'institution d'instruction ☐ verse ☐ ne verse pas
des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.1 du règlement 574/72.
14.1 Dans la négative, les institutions en cause sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.2 du règlement 574/72.

15 ☐ Il y a lieu ☐ il n'y a pas lieu
de procéder à des retenues en vue de compensation, conformément à l'article 111 du règlement 574/72.
15.1 Les éventuels arriérés de pensions
☐ peuvent ☐ ne peuvent pas
être payés directement au bénéficiaire.

16 Ci-joint formulaire: ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

17 Institution d'instruction

17.1 Dénomination: .....
.....
17.2 Adresse ([3]): .....
.....
17.3 Cachet

17.4 Date: .....
17.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction: B = Belgique; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer le numéro CPR et éventuellement le numéro ATP.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(5) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(6) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(7) M = masculin ; F = féminin.

(8) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(9) À remplir dans la mesure du possible pour les besoins des institutions allemandes, françaises, italiennes, luxembourgeoises et néerlandaises.
Lorsque le renseignement n'est pas disponible auprès de l'institution d'instruction, l'institution compétente s'adressera directement à l'intéressé.

(10) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(11) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(13) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(14) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(15) Si le formulaire est adressé à une institution danoise, indiquer la dernière adresse du demandeur au Danemark dans le cadre ci-après :

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

(16) À remplir pour les besoins des institutions allemandes, irlandaises et du Royaume-Uni.

(17) À remplir pour les besoins des institutions allemandes et irlandaises.

(18) À remplir pour les besoins des institutions danoises et allemandes.

(19) Les institutions allemandes et françaises pourront demander ultérieurement un formulaire E 213.

(20) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer la dernière adresse au Danemark du conjoint dans le cadre ci-après :

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

(21) À remplir uniquement pour les besoins des institutions du Royaume-Uni.

(22) À remplir pour les besoins des institutions danoises, françaises, italiennes et luxembourgeoises.

(23) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, françaises, irlandaises, italiennes, et du Royaume-Uni.

(24) À remplir pour les besoins des institutions danoises (montant annuel), françaises (montant trimestriel) et italiennes (montant mensuel).

(25) Pour les besoins des institutions italiennes, remplir la feuille intercalaire.

(26) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après :

Nom et prénoms : .....
Adresse (3) .....
.....

(27) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti ou s'il continue ses études.

(28) À remplir pour les besoins des institutions allemandes et françaises.

E 202 intercalaire

CADRE 11 « ENFANTS »
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS ITALIENNES

À remplir lorsque l'institution d'instruction n'est pas tenue au paiement des prestations pour enfants visés à l'article 77 du règlement 1408/71.

1 ☐ Les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 11.1 exercent une activité professionnelle.

1.1 Pour chaque enfant, indiquer:
nature des revenus .....

montant des revenus par ☐ semaine ☐ mois ☐ année: .....

2 ☐ Les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 11.1 bénéficient d'autres revenus.

2.1 Pour chaque enfant, indiquer:
nature des revenus .....

montant des revenus par ☐ semaine ☐ mois ☐ année: .....

3 ☐ Pour les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 11.1, la personne suivante:

(nom) .....

(adresse) .....

.....

a droit à des prestations ou à des allocations familiales en vertu de l'exercice d'une activité professionnelle (article 79 paragraphe 3 du règlement 1408/71).

3.1 Ces prestations ou allocations familiales sont dues par l'institution suivante:

(nom) .....

(adresse) .....

.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » aux pages 4 et 5

E 203 [ ] (1)

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

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

Règlement 1408/71 : articles 44 à 50 ; article 78
Règlement 574/72 : articles 36 à 38 ; articles 41 à 43 ; articles 45 à 47 ; article 49 ; article 90 (*) ; article 111

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

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

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (3): .....
.....

A. Renseignements concernant l'assuré décédé

2

2.1 Nom de famille (4): .....
2.2 Nom de naissance (4): .....
2.3 Prénoms (5): .....
2.4 Noms antérieurs (6): .....
2.5 Sexe (7): .....
2.6 Nom et prénoms du père (8): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (8): .....
2.8 État civil: [ ] célibataire [ ] divorcé remarié (9) [ ] séparé
[ ] marié [ ] divorcé non remarié (9) [ ] veuf

3 Nationalité (10): .....

4 Naissance

4.1 Date (11): .....
4.2 Localité (12): .....
4.3 Province ou département (13): .....
4.4 Pays (14): .....

5 Adresse (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier de l'institution d'instruction: .....

(*) Cet article n'est pas d'application pour les Pays-Bas.

7 À la date de son décès, l'assuré décédé
☐ exerçait ☐ n'exerçait plus une activité professionnelle.

8

8.1 Date et lieu du décès: .....
8.2 Le décès (16) ☐ est présumé ☐ n'est pas présumé être la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
8.3 Le décès (17) ☐ est présumé ☐ n'est pas présumé avoir été causé par un tiers responsable
8.4 En cas d'absence: ☐ date des dernières nouvelles: .....
☐ date fixée par la déclaration de décès probable (18): .....

9

9.1 L'assuré décédé (19) ☐ était ☐ n'était pas titulaire de pension ou de rente à la date de son mariage
9.2 L'assuré décédé ☐ était ☐ n'était pas titulaire de pension ou de rente à la date de son décès

Dans l'affirmative,
9.3 — Nature de la pension ou de la rente: .....
9.4 — Numéro de la pension ou de la rente: .....
9.5 — Institution débitrice: .....
.....
9.6 — Date d'effet: .....
9.7 — Le cas échéant, date de cessation: .....

10 L'assuré décédé ☐ avait demandé ☐ n'avait pas demandé qu'il soit sursis à la liquidation d'une pension de vieillesse à laquelle il aurait eu droit.
(Dans l'affirmative, indiquer le pays: .....).

B. Renseignements concernant les ayants droit

11 Veuve ou veuf, ou autres ayants droit à l'exception des enfants (20) (21)

11.1 Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
.....	.....	.....

11.2 Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationaltité
.....	.....	.....	.....

11.3 Adresse (3) (22): .....
.....
11.4 Date du mariage: .....
11.5 Le cas échéant, date du divorce: .....
11.6 Le cas échéant, date du remariage: .....
11.7 Nom et prénoms du nouveau conjoint: .....
11.8 Lien de parenté (pour les ayants droit autres que le veuf ou la veuve):
.....

12

12.1 La personne indiquée au cadre 11

12.2 ☐ exerce ☐ n'exerce pas une activité salariée

12.3 ☐ exerce ☐ n'exerce pas une activité indépendante

12.4 Dans l'affirmative, montant du revenu annuel (23): .....

12.5 La personne indiquée au cadre 11

12.6 ☐ était ☐ n'était pas à la charge de l'assuré décédé (24)

12.7 ☐ est atteinte ☐ n'est pas atteinte

☐ d'une incapacité de travail permanente

☐ d'une incapacité de travail temporaire de plus de 3 mois (25)

12.8 ☐ a besoin ☐ n'a pas besoin de l'assistance d'une tierce personne (26)

12.9 La personne indiquée au cadre 11

☐ bénéficie de la pension ou de la rente du ..... au .....

☐ ne bénéficie pas de pension ou de rente

12.10 Nature de la pension ou de la rente (27): .....

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

12.12 Montant à la date d'introduction de la demande: .....

12.13 Institution débitrice: .....

12.14 La personne indiquée au cadre 11 (28)

☐ a droit à une pension de survie à charge de l'assurance accidents

Institution débitrice: .....

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

12.15 La veuve (29)

☐ élève un enfant ☐ n'élève pas d'enfant,

pour lequel elle perçoit des allocations familiales ou une pension d'orphelin.

12.16 Institution débitrice: .....

12.17 Date prévue pour l'accouchement, si la personne indiquée au cadre 11 est enceinte:

.....

13 Autres ressources connues: nature: .....

montant (30): .....

14 Enfants (31)

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

14.2 L'institution d'instruction n'est pas tenue au paiement des prestations visées à l'article 78 du règlement 1408/71 pour les enfants indiqués aux lignes

nos ..... de la rubrique 14.1 (32)

14.3 Adresse (3) (33) .....

.....

14.4 Observations (34) .....

C. Renseignements divers

15 ☐ Date d'introduction de la présente demande: .....

☐ Date d'effet de la pension ou de la rente: .....

16 L'institution d'instruction ☐ verse ☐ ne verse pas

des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.1 du règlement 574/72.

16.1 Dans la négative, les intitutions en cause sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.2 du règlement 574/72.

17 ☐ Il y a lieu ☐ il n'y a pas lieu
de procéder à des retenues en vue de compensation, conformément à l'article 111 du règlement 574/72.

17.1 Les éventuels arriérés de pensions
☐ peuvent ☐ ne peuvent pas
être payés directement au bénéficiaire.

18 Ci-joint formulaire ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

19 Institution d'instruction

19.1 Dénomination: .....
.....

19.2 Adresse (3): .....
.....

19.3 Cachet

19.4 Date: .....

19.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république féderale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer le numéro CPR et éventuellement le numéro ATP de l'assuré décédé.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(5) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(6) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(7) M = masculin ; F = féminin.

(8) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(9) À remplir dans la mesure du possible pour les besoins des institutions allemandes, françaises, italiennes, luxembourgeoises et néerlandaises.
Lorsque le renseignement n'est pas disponible auprès de l'institution d'instruction, l'institution compétente s'adressera directement à l'intéressé.

(10) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(11) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(13) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(14) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(15) Si le formulaire est adressé à une institution danoise, indiquer la dernière adresse de l'assuré au Danemark décédé, dans le cadre ci-après :

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

(16) À remplir pour les besoins des institutions allemandes, irlandaises, italiennes, luxembourgeoises et du Royaume-Uni.

(17) À remplir pour les besoins des institutions allemandes et luxembourgeoises.

(18) Pour le besoin des institutions françaises, indiquer la date de déclaration de la disparition aux autorités de police.

(19) À remplir pour les besoins des institutions françaises, italiennes et luxembourgeoises.

(20) S'il y a plusieurs personnes à indiquer au cadre 11, intercaler une ou plusieurs pages 2 et 3 supplémentaires, les cadres 11 et 12 devant être remplis pour chacune de ces personnes. À ce propos, il est signalé qu'aux Pays-Bas la veuve et l'épouse divorcée ou séparée peuvent avoir droit à la pension de veuve, si elles sont âgées de moins de 65 ans. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de plus de 65 ans peuvent avoir droit à la pension de vieillesse. Dans ce cas, un formulaire E 202 doit être établi au nom de la femme.

(21) Pour les besoins des institutions italiennes, remplir la feuille intercalaire 1.

(22) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer la dernière adresse de l'ayant droit au Danemark.

Adresse (3) : .....

.....

(23) À remplir pour les besoins des institutions danoises et françaises.

(24) À remplir pour les besoins des institutions allemandes, françaises, italiennes et luxembourgeoises.

(25) À remplir uniquement pour les besoins des institutions néerlandaises.

(26) À remplir pour les besoins des institutions françaises, irlandaises et du Royaume-Uni.

(27) Pour les besoins des institutions françaises, préciser s'il s'agit d'un avantage personnel ou de réversion.

(28) À remplir pour les besoins des institutions belges et allemandes.

(29) À remplir pour les besoins des institutions belges, allemandes, françaises et luxembourgeoises.

(30) À remplir pour les besoins des institutions danoises (montant annuel), françaises (montant trimestriel), italiennes (montant mensuel).

(31) À remplir pour les besoins des institutions danoises, allemandes, françaises, irlandaises, italiennes, néerlandaises et du Royaume-Uni.

(32) Pour les besoins des institutions italiennes, remplir la feuille intercalaire 2.

(33) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après :

Nom et prénoms : .....

Adresse (3) : .....

.....

(34) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti ou s'il continue ses études.

E 203 intercalaire 1

CADRE 11 « AYANTS DROIT AUTRES QUE LES ENFANTS »
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS ITALIENNES

À remplir lorsque la demande de pension est présentée à l'étranger par le parent survivant, par les frères célibataires ou les sœurs célibataires du travailleur décédé.

1 — Si le requérant est un parent survivant, indiquer si le travailleur a comme survivant(s)

☐ le conjoint	☐ oui	☐ non
☐ les enfants	☐ oui	☐ non

2 — Si le requérant est un frère ou une sœur du travailleur décédé, indiquer si celui-ci a comme survivant(s)

☐ le conjoint	☐ oui	☐ non
☐ les enfants	☐ oui	☐ non
☐ les parents	☐ oui	☐ non

E 203 intercalaire 2

CADRE 14 « ENFANTS »
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS ITALIENNES

À remplir lorsque l'institution d'instruction n'est pas tenue au paiement des prestations pour orphelins visées à l'article 78 du règlement 1408/71.

1 ☐ Les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 14.1 exercent une activité professionnelle.

1.1 Pour chaque enfant, indiquer:
nature des revenus .....

montant des revenus par ☐ semaine ☐ mois ☐ année: .....

2 ☐ Les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 14.1 bénéficient d'autres revenus.

2.1 Pour chaque enfant, indiquer:
nature des revenus .....

montant des revenus par ☐ semaine ☐ mois ☐ année: .....

3 ☐ Pour les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 14.1, la personne suivante:

(nom) .....

(adresse) .....

.....

a droit à des prestations ou à des allocations familiales en vertu de l'exercice d'une activité professionnelle (article 79 paragraphe 3 du règlement 1408/71).

3.1 Ces prestations ou allocations familiales sont dues par l'institution suivante:

(nom) .....

(adresse) .....

.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 5

E 204 ☐ (1)

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

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

Règlement 1408/71 : articles 44 à 50 ; article 77
Règlement 574/72 : articles 36 à 38 ; articles 41 à 43 ; articles 45 à 47 ; article 49 ; article 90 (*) ; article 111

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

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

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (3): .....
.....

A. Renseignements concernant l'assuré

2

2.1 Nom de famille (4): .....
2.2 Nom de naissance (4): .....
2.3 Prénoms (5): .....
2.4 Noms antérieurs (6): .....
2.5 Sexe (7): .....
2.6 Nom et prénoms du père (8): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (8): .....
2.8 État civil: ☐ célibataire ☐ divorcé remarié (9) ☐ séparé
☐ marié ☐ divorcé non remarié (9) ☐ veuf

3 Nationalité (10) .....

4 Naissance

4.1 Date (11): .....
4.2 Localité (12): .....
4.3 Province ou département (13): .....
4.4 Pays (14): .....

5 Adresse (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier de l'institution d'instruction: .....

(*) Cet article n'est pas d'application pour les Pays-Bas.

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

7.1 Date du début de l'incapacité de travail suivie d'invalidité ([15 bis]): .....

7.2 L'intéressé

☐ exerce encore ☐ une activité salariée ☐ une activité indépendante

☐ n'exerce plus

7.3 S'il exerce une activité salariée ([16]):

montant du salaire: ..... durée hebdomadaire du travail: .....

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

7.5 Nature de cette activité: .....

7.6 S'il exerce une activité indépendante, montant du revenu professionnel ([17]): .....

7.7 Autres ressources connues (montant et nature) ([18]): .....

7.8 L'invalidité

☐ est présumée ☐ n'est pas présumée avoir été causée par un tiers responsable.

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

☐ a été soumis à une rééducation professionnelle

☐ n'a pas été soumis à une rééducation professionnelle.

Dans l'affirmative, indiquer

8.1 en vue de quel emploi: .....

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

nom ou raison sociale: .....

adresse: ([3]) .....

.....

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

9

		a demandé les prestations suivantes	et/ou bénéficie des prestations suivantes
9.1	L'assuré		
9.2	continuation du paiement du salaire en cas de maladie	☐	☐
9.3	indemnités de l'assurance-maladie pour incapacité de travail	☐	☐
9.4	indemnités en cas de rééducation	☐	☐
9.5	pension d'invalidité	☐	☐
9.6	pension de vieillesse	☐	☐
9.7	pension de survivant	☐	☐
9.8	rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	☐	☐
9.9	prestations de chômage	☐	☐

9.10 institutions débitrices des prestations visées aux points 9.3 à 9.9 [dénomination, adresse ([3])]

ad 9 .....

ad 9 .....

ad 9 .....

ad 9 .....

9.11 Renseignements complémentaires concernant les prestations visées aux points 9.3 à 9.9

	Numéro de référence	Période ou date d'effet	Montant
ad 9	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel
ad 9	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel
ad 9	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel
ad 9	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel

9.12 Sont considérées comme avance sur la pension demandée:

☐ les indemnités de l'assurance-maladie, pour incapacité de travail;

☐ les prestations de chômage;

☐ .....

B. Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré

10 Conjoint

10.1 Nom ..... Prénoms ..... Noms de jeune fille ..... Sexe .....

10.2 Date de naissance: ..... Lieu de naissance: .....

10.3 Adresse ([3]) ([19]): .....

.....

10.4 Date de mariage: .....

10.5 Le conjoint ☐ exerce ☐ n'exerce pas une activité professionnelle

10.6 Dans l'affirmative, montant des ses revenus:

☐ par semaine ([20]) ☐ par an ([21])

10.7 Le conjoint ☐ est ☐ n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente

Dans l'affermative:

10.8 nature de la pension ou de la rente: .....

10.9 numéro de la pension ou de la rente: .....

10.10 institution débitrice: .....

10.11 montant ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ annuel: .....

10.12 Le conjoint ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas d'autres prestations ([22])

☐ chômage ☐ maladie ☐ invalidité ☐ autres

10.13 Autres ressources connues Nature .....

Montant ([23]) .....

11 Enfants

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

11.2 L'institution d'instruction n'est pas tenue au paiement des prestations visées à l'article 77 du règlement 1408/71 pour les enfants indiqués aux lignes
n^{os} ..... de la rubrique 11.1 ([24]).

11.3 Adresse ([3]) ([25]): .....
.....

11.4 Observations ([26]): .....

12 Ascendants à charge ([27])

12.1	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12.2 Adresse ([3]) ([25]): .....
.....

12.3 Observations: .....
.....

C. Renseignements divers

13 ☐ Date de présentation de la présente demande: .....
☐ Date d'effet de la pension ou de la rente: .....

14 L'institution d'instruction
☐ verse ☐ ne verse pas
des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.1 du règlement 574/72.

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

15 ☐ Il y a lieu ☐ il n'y a pas lieu
de procéder à des retenues en vue de compensation, conformément à l'article 111 du règlement 574/72.

15.1 Les éventuels arriérés de pension
☐ peuvent ☐ ne peuvent pas
être payés directement au bénéficiaire.

16 Ci-joint formulaire: ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 ([28])

17 Institution d'instruction

17.1 Dénomination: .....

17.2 Adresse ([3]): .....
.....

17.3 Cachet

17.4 Date: .....

17.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer le numéro CPR et éventuellement le numéro ATP.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.

— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.

— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(5) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(6) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(7) M = masculin ; F = féminin.

(8) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(9) À remplir dans la mesure du possible pour les besoins des institutions allemandes, françaises, italiennes, luxembourgeoises et néerlandaises.
Lorsque le renseignement n'est pas disponible auprès de l'institution d'instruction, l'institution compétente s'adressera directement à l'intéressé.

(10) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(11) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(13) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(14) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(15) Si le formulaire est adressé à une institution danoise, indiquer la dernière adresse du demandeur au Danemark dans la cadre ci-après :

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

(15*bis*) À remplir de façon identique à la rubrique C 3 du formulaire E 213.

(16) À remplir pour les besoins des institutions danoises, allemandes, françaises, irlandaises, luxembourgeoises, néerlandaises et du Royaume-Uni.

(17) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, irlandaises, luxembourgeoises et néerlandaises.

(18) À remplir uniquement pour les besoins des institutions danoises.

(19) À remplir uniquement pour les besoins des institutions danoises. Indiquer la dernière adresse au Danemark.

(20) À remplir uniquement pour les besoins des institutions irlandaises et du Royaume-Uni.

(21) À remplir pour les besoins des institution belges, danoises, françaises, italiennes et luxembourgeoises.

(22) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, françaises, irlandaises, italiennes et du Royaume-Uni.

(23) À remplir pour les besoins des institutions belges et danoises (montant annuel), françaises (montant trimestriel) et italiennes (montant mensuel).

(24) Pour les besoins des institutions italiennes, remplir la feuille intercalaire.

(25) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants (un des ascendants) réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après :

Nom et prénoms : .....
Adresse (3) : .....
.....

(26) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti ou s'il continue ses études.

(27) À remplir pour les besoins des institutions belges, allemandes et du Royaume-Uni.

(28) Quand le formulaire E 204 est émis par une institution allemande ou néerlandaise ou destiné à une institution allemande ou néerlandaise, il y a lieu d'y joindre un formulaire E 213 et un formulaire E 214.

E 204 intercalaire

CADRE 11 « ENFANTS »
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS ITALIENNES

À remplir lorsque l'institution d'instruction n'est pas tenue au paiement des prestations pour enfants visés à l'article 77 du règlement 1408/71.

1 ☐ Les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 11.1 exercent une activité professionnelle.

1.1 Pour chaque enfant, indiquer:
nature des revenus .....

montant des revenus par ☐ semaine ☐ mois ☐ année: .....

2 ☐ Les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 11.1 bénéficient d'autres revenus.

2.1 Pour chaque enfant, indiquer:
nature des revenus .....

montant des revenus par ☐ semaine ☐ mois ☐ année: .....

3 ☐ Pour les enfants visés aux lignes ..... de la rubrique 11.1, la personne suivante:

(nom) .....

(adresse) .....

.....

a droit à des prestations ou à des allocations familiales en vertu de l'exercice d'une activité professionnelle (article 79 paragraphe 3 du règlement 1408/71).

3.1 Ces prestations ou allocations familiales sont dues par l'institution suivante:

(nom) .....

(adresse) .....

.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **B** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN BELGIQUE

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance	Périodes assimilées (14)	Régime	Profession (15)
Année	du	au	Années	Années		

9 L'assuré qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an

☐ peut bénéficier ☐ ne peut pas bénéficier

d'une pension au titre de la législation nationale (article 48.1 du règlement 1408/71).

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exempte, 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

(14) Spécifier au point 8.2 la nature des périodes assimilées.

(15) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **DK** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LES PÉRIODES D'ASSURANCE ET DE RÉSIDENCE AU DANEMARK

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10) : .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes de résidence et périodes assimilées accomplies selon la législation sur les pensions sociales			Périodes de résidence			Périodes assimilées			Périodes d'assurance accomplies selon la législation sur les pensions complémentaires pour les travailleurs salarirés (ATP)			
Année	du	au	Années	Mois	Jours	Années	Mois	Jours	Année	du	au	Mois

8.1 Durée totale d'assujettissement aux régimes danois de sécurité sociale des salariés:

.....

8.2 Observations: .....

.....

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

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : DK = Danemark.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc: « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international de véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **D** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN ALLEMAGNE (RF)

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance (14)		Périodes assimilées (15)		Régime	Profession (16)
Année	du	au	Semaines	Mois	Semaines	Mois		

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

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : D = république fédérale d'Allemagne.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indicaton d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

(14) Inscrire un P après les nombres de semaines ou de mois relatifs aux périodes d'assurance obligatoire *(Pflichtversicherung)*, pour faire la distinction avec les périodes d'assurance volontaire.

(15) Inscrire un A après le nombre de semaines ou de mois assimilés pour indiquer qu'il s'agit de périodes d'interruption qui sont prises en compte pour le calcul du montant de la prestation mais non pour l'ouverture du droit. En outre, spécifier au point 8.2 « Observations » la nature des périodes assimilées *(Ersatzzeiten)*.

(16) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **F** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN FRANCE

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1 Nom de famille	Prénoms	Nom de naissance
.....	.....	.....

7.2 Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance (14)	Périodes assimilées (15)	Régime	Profession (16)
Année	du	au	Trimestres	Trimestres		

9 L'assuré qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an

☐ peut bénéficier ☐ ne peut pas bénéficier

d'une pension au titre de la législation nationale (article 48.1 du règlement 1408/71).

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: F = France.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple: 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple: Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne; cette rubrique comporte,selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

(14) Inscrire un V après les périodes d'assurance volontaire, pour faire la distinction avec les périodes d'assurance obligatoire.

(15) Spécifier au point 8.2 la nature des périodes assimilées.

(16) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **IRL** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN IRLANDE

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance (14)	Périodes assimilées	Motif de l'assimilation (15)	Profession (16)
Année	du	au	Semaines	Semaines		

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

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : IRL = Irlande.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = *masculin* ; F = *féminin*.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

(14) Inscrire un V après les nombres de semaines, s'il s'agit de périodes d'assurance volontaire.

(15) Indiquer s'il s'agit de périodes de maladie, de chômage, etc.

(16) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
Ces indications ne peuvent être données que sur la base de renseignements fournis par le travailleur.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 | **I** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE EN ITALIE

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance (14)		Périodes assimilées (15)		Régime	Profession (16)
Année	du	au	Semaines	Mois	Semaines	Mois		

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

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....
10.2 Adresse (2): .....
.....
10.3 Cachet

10.4 Date: .....
10.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : I = Italie.
(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
(6) M = masculin ; F = féminin.
(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.
(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).
(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).
(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.
(13) À remplir, s'il y a lieu.
(14) Inscrire un P après les nombres de semaines ou de mois relatifs aux périodes d'assurance obligatoire pour faire la distinction avec les périodes d'assurance volontaire.
(15) Spécifier au point 8.2 la nature des périodes assimilées.
(16) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **L** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms	Nom de naissance
	.....	.....	.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance		Périodes assimilées (14)		Régime	Profession (15)
Année	du	au	Jours	Mois	Jours	Mois		

9 L'assuré qui justifie d'une période d'assurance inférieure à un an

☐ peut bénéficier ☐ ne peut pas bénéficier

d'une pension au titre de la législation nationale (article 48.1 du règlement 1408/71).

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : L = Luxembourg.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, ne ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

(14) Spécifier au point 8.2 la nature des périodes assimilées.

(15) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **NL** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE AUX PAYS-BAS

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance selon l'AOW/AWW (14)		Périodes d'assurance selon la WAO (14)		Nombre			Nature (15)
du	au	du	au	d'années	de mois	de jours	

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

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : NL = Pays-Bas.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage. Si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir, s'il y a lieu.

(14) AOW = loi sur l'assurance-vieillesse généralisée.
AWW = loi sur l'assurance généralisée des veuves et orphelins.
WAO = loi sur l'assurance contre l'incapacité de travail de longue durée.

(15) Pour l'indication de la nature des périodes d'assurance, utiliser le code suivant :
P = assurance obligatoire,
V = assurance volontaire,
G = périodes assimilées.

(16) Biffer la mention inutile. Le régime néerlandais d'assurance ne prévoit pas d'immatriculation des assurés. Il se peut donc que notre relevé mentionne des périodes pour lesquelles il n'existe qu'une présomption d'assurance aux Pays-Bas. Si vous constatez que l'intéressé a été assuré selon la législation de votre pays pendant des périodes que nous avons indiquées comme périodes d'assurance aux Pays-Bas, vous pouvez, sans nous consulter, déduire ces périodes de la durée totale d'assurance néerlandaise indiquée au point 8.1.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 205 **GB** (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE AU ROYAUME-UNI

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms	Nom de naissance
	.....	.....	.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe / Nationalité
	.....	.....	..... / .....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Périodes d'assurance et périodes assimilées accomplies			Périodes d'assurance (14)	Périodes assimilées	Motif de l'assimilation (15)	Profession (16)
Année	du	au	Semaines	Semaines		

8.1 Durée totale d'assurance au régime de sécurité des salariés du Royaume-Uni:
.....

8.2 Observations: .....
.....

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

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....
10.2 Adresse (2): .....
.....
10.3 Cachet

10.4 Date: .....
10.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : GB = Royaume-Uni.
(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ».
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
(6) M = masculin ; F = féminin.
(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.
(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres ; l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).
(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).
(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.
(13) À remplir, s'il y a lieu.
(14) Inscrire un V après les nombres de semaines, s'il s'agit de périodes d'assurance volontaire.
(15) Indiquer s'il s'agit de périodes de maladie, de chômage, etc.
(16) Pour les travailleurs qui ont été occupés dans les mines ou exploitations assimilées, joindre un formulaire E 206.
Ces indications ne peuvent être données que sur la base de renseignements fournis par le travailleur.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir «Instructions» à la page 3

E 206 [ ] (1)

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

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

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

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

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

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....
2.2 Nom de naissance (3): .....
2.3 Prénoms (4): .....
2.4 Noms antérieurs (5): .....
2.5 Sexe (6): .....
2.6 Nom et prénoms du père (7): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....
4.2 Localité (10): .....
4.3 Province ou département (11): .....
4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2)

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2): .....
.....

8

Exploitations (14)	Nature des emplois occupés (15)	Périodes de travail ou assimilées		Durée de chaque période					
				globale			au fond		
		du	au	Années	Mois	Jours	Années	Mois	Jours

9 Les périodes de travail visées au cadre 8 ont été interrompues comme suit ([16]):

Périodes d'interruption		Motif de l'interruption (maladie, congé, service militaire, service armé, chômage, traitement curatif, rééducation, congé non rémunéré, etc.)
du	au	
jour/mois/année	jour/mois/année	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

10 Institution qui remplit le formulaire

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse ([2]): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

([2]) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

([3]) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

([4]) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

([5]) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

([6]) M = masculin ; F = féminin.

([7]) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

([8]) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

([9]) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

([10]) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

([11]) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

([12]) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

([13]) À remplir s'il y a lieu.

([14]) Indiquer les exploitations dans lesquelles l'intéressé a été occupé et la matière extraite ou mise en œuvre.

([15]) Préciser le type de travail et indiquer s'il a été effectué à la surface ou au fond ou s'il s'agit de périodes assimilées.

([16]) À remplir uniquement pour les besoins des institutions allemandes.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 207 [ ] (1)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DU TRAVAILLEUR

Règlement 1408/71 : article 38 ; article 45 ; article 48 ; article 57.3.c
Règlement 574/72 : article 42.1 ; article 69

À remplir, le cas échéant, par l'institution d'instruction et à annexer aux formulaires E 202, E 203 et E 204.
Les renseignements du cadre 7 ont été recueillis auprès de l'intéressé et sont transmis à l'institution en cause à toutes fins utiles.

Renseignements concernant le travailleur

1

1.1 Nom de famille (3): .....
1.2 Nom de naissance (3): .....
1.3 Prénoms (4): .....
1.4 Noms antérieurs (5): .....
1.5 Sexe (6): .....
1.6 Nom et prénoms du père (7): .....
1.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

2 Nationalité (8): .....

3 Naissance

3.1 Date (9): .....
3.2 Localité (10): .....
3.3 Province ou département (11): .....
3.4 Pays (12): .....

4 Adresse (2)

.....
.....

5 Numéro d'immatriculation .....

(Indiquer les renseignements relatifs à chaque période à la page 2)

6 Institution d'instruction

6.1 Dénomination: .....
6.2 Adresse (2): .....
.....
6.3 Cachet

6.4 Date: .....
6.5 Signature
.....

7 Renseignements relatifs à chaque période

	Périodes (13)		Nature des périodes (14)	Dénomination et siège de l'entreprise	Lieu et pays d'emploi effectif	a) Institution ou régime d'assurance b) Numéro d'immatriculation (15) c) Nature de l'assurance (16)	Lieu de résidence pendant la période d'activité
	du	au					
	1	2	3	4	5	6	7
1						a) ..... b) ..... c)	
2						a) ..... b) ..... c)	
3						a) ..... b) ..... c)	
4						a) ..... b) ..... c)	
5						a) ..... b) ..... c)	
6						a) ..... b) ..... c)	
7						a) ..... b) ..... c)	
8						a) ..... b) ..... c)	

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) Si le formulaire est destiné à une institution danoise ou néerlandaise, indiquer en outre toutes les périodes de résidence accomplies par le travailleur respectivement au Danemark et aux Pays-Bas.

(14) Indiquer la nature de l'activité exercée (travailleur salarié ou indépendant ; par exemple, mécanicien, vendeur, agriculteur indépendant), éventuellement, l'instruction scolaire ou professionnelle (nature de la formation et diplômes obtenus), périodes sans occupation professionnelle (par exemple : ménagère, chômage, maladie, etc.), service militaire (pays).Si l'intéressé a accompli son service militaire en Italie, il y a lieu de joindre au formulaire E 207, si possible, une copie de son livret matricule ou de ses états de service.

(15) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer le numéro CPR et éventuellement le numéro ATP.

(16) Préciser s'il s'agit d'assurance obligatoire, d'assurance volontaire, d'assurance facultative continuée ou d'une période sans assurance.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 208 ☐ (1)

DÉTERMINATION DES DROITS À PENSION

de ☐ **vieillesse** ☐ **invalidité** ☐ **survivant**

en (2) .....

Règlement 1408/71 : article 46.1 et 2 ; article 49.2 et 3
Règlement 574/72: article 43.2 et 3 ; article 46

À transmettre par l'institution en cause à l'institution d'instruction.

1 Institution d'instruction destinataire

1.1 Dénomination: .....
1.2 Adresse (3): .....
.....

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (4): .....
2.2 Nom de naissance (4): .....
2.3 Prénoms (5): .....
2.4 Noms antérieurs (6): .....
2.5 Sexe (7): .....
2.6 Nom et prénoms du père (8): .....
2.7 Nom et prénoms de la mère (8): .....

3 Nationalité (9): .....

4 Naissance

4.1 Date (10): .....
4.2 Localité (11): .....
4.3 Province ou département (12): .....
4.4 Pays (13): .....

5 Adresse (3):

.....
.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....
6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....
6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (14)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (3) .....
.....
7.4 Lien de parenté avec l'assuré décédé: .....

8 En cas de rejet de la demande

Motif: .....

.....

.....

.....

.....

9 en cas d'attribution d'une pension

9.1 Montant annuel (15) de la pension nationale visée à l'article 46.1 (premier alinéa) du règlement 1408/71 à laquelle l'intéressé peut prétendre pour les périodes d'assurance (obligatoire, volontaire ou facultative continuée) et les périodes assimilées accomplies dans le pays en cause, même si certaines de ces périodes se superposent avec des périodes accomplies dans un autre pays:

.....

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

.....

9.3 Montant annuel (15) effectif de la pension proportionnelle visée à l'article 46.2. b, c et d du règlement 1408/71, calculé en tenant compte des périodes accomplies dans le pays en cause, à l'exclusion des périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes accomplies dans un autre pays:

.....

9.4 Montant annuel (15) effectif de la pension proportionnelle visée à l'article 46.2. b, c et d du règlement 1408/71, calculé en tenant compte des périodes accomplies dans le pays en cause, y compris les périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes accomplies dans un autre pays:

.....

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

10 Institution en cause

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

E 208

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution en cause : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Indiquer l'État membre.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.

— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.

— Les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(5) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(6) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(7) M = masculin ; F = féminin.

(8) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(9) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(10) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(12) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance ; (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(13) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(14) À remplir uniquement s'il s'agit d'une demande de pension de survivant.

(15) Le montant annuel est égal au total des montants à servir au cours d'une année, calculé sur la base applicable à la date d'entrée en jouissance.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 209 [ ] (1)

DÉTERMINATION DES MONTANTS DE PENSION

de ☐ **vieillesse** ☐ **invalidité** ☐ **survivant**

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

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

1 Institution en cause destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

Renseignements concernant l'assuré

2

2.1 Nom de famille (3): .....

2.2 Nom de naissance (3): .....

2.3 Prénoms (4): .....

2.4 Noms antérieurs (5): .....

2.5 Sexe (6): .....

2.6 Nom et prénoms du père (7): .....

2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....

4.2 Localité (10): .....

4.3 Province ou département (11): .....

4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2):

.....

.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....

6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....

6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1 Nom de famille ..... Prénoms ..... Nom de naissance .....

7.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

7.3 Adresse (2) .....

.....

7.4 Lien de parenté avec l'assuré décédé: .....

(Pour la détermination des montants, voir page 2)

8 Institution d'instruction

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

(2)

E 209

9 Détermination des montants de pension à la date du .....

Pays débiteur de la prestation	Montant annuel dans la monnaie du pays de l'institution compétente (14)			Montant annuel dans la monnaie du pays de l'institution d'instruction				Montant annuel dans la monnaie du pays de l'institution compétente (14) (Pension après application de l'article 46.3 du règlement 1408/71) (18)
	Pension théorique (article 46.2.a du règlement 1408/71)	Pension nationale (article 46.1 premier alinéa du règlement 1408/71)	Pension proportionnelle (15) (article 46.2.b du règlement 1408/71)	Pension théorique (article 46.2.a du règlement 1408/71)	Montant le plus élevé figurant à la colonne 3 ou 4 (16)		Produit des montants de la colonne 6 par le coefficient de réduction (voir cadre 10) (17)	
					Montants de la colonne 3 (article 46.1 premier alinéa, du règlement 1408/71)	Montants de la colonne 4 (article 46.2.b du règlement 1408/71)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
				Total	A	B		

Reprise du total B de la colonne 7	B .....
Total des pensions dues par tous les pays (C = A + B)	C .....
Pension théorique la plus élevée figurant à la colonne 5	D .....
Différence (C − D = E)	E .....

10 Détermination du coefficient de réduction en application de l'article 46.3 du règlement 1408/71 (Coefficient utilisé pour le calcul des montants figurant à la colonne 8 du cadre 9) (17)

Montant total des pensions nationales (colonne 6)	A .....
Montant de la différence	E .....
Coefficient de réduction $F = \frac{A - E}{A}$	F .....

11 Parités (19)

Monnaie du pays de l'institution compétente			Monnaie du pays de l'institution d'instruction
100 DM	x	=	.....
100 FB	x	=	.....
100 FF	x	=	.....
100 Lit	x	=	.....
100 Flux	x	=	.....
100 Fl	x	=	.....
100 Dkr	x	=	.....
100 £	x	=	.....
100 £ Irl	x	=	.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.

— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.

— les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance ; (par exemple, en qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir uniquement s'il s'agit d'une demande de pension de survivant.

(14) Préciser l'unité monétaire.

(15) Calculée sans tenir compte des périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes d'assurance obligatoire accomplies dans un autre pays.

(16) Quand le montant de la colonne 3 et celui de la colonne 4 sont égaux, ce montant doit être inscrit à la colonne 7.

(17) À remplir uniquement si les montants qui apparaissent en regard des lettres A et E de la colonne 6 sont positifs.

(18) Au montant inscrit à la colonne 7 s'ajoute éventuellement la majoration de pension visée à l'article 46.1 du règlement 574/72, correspondant aux périodes d'assurance volontaire ou facultative continuée superposées à des périodes d'assurance accomplies dans un autre pays.

(19) Voir règlement 574/72, article 107.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 210 ☐ (1)

NOTIFICATION DE DÉCISION RELATIVE À UNE DEMANDE DE PENSION

de ☐ **vieillesse** ☐ **invalidité** ☐ **survivant**

(attribution ou rejet)

Règlement 574/72 : article 48

Chacune des institutions en cause remplit ce formulaire qu'elle transmet à l'institution d'instruction en y joignant deux copies de la décision formelle. S'il y a plus d'une institution en cause, il y a lieu d'ajouter autant d'exemplaires supplémentaires de la décision formelle qu'il y a d'institutions en cause en plus.

1 Institution d'instruction destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

Renseignements concernant le travailleur

2

2.1 Nom de famille (3): .....

2.2 Nom de naissance (3): .....

2.3 Prénoms (4): .....

2.4 Noms antérieurs (5): .....

2.5 Sexe (6): .....

2.6 Nom et prénoms du père (7): .....

2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

3 Nationalité (8): .....

4 Naissance

4.1 Date (9): .....

4.2 Localité (10): .....

4.3 Province ou département (11): .....

4.4 Pays (12): .....

5 Adresse (2):

.....

.....

6

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction: .....

6.2 Référence du dossier à l'institution d'instruction: .....

6.3 Référence du dossier à l'institution en cause: .....

7 Ayant droit (13)

7.1	Nom de famille	Prénoms		Nom de naissance
	.....	.....		.....
7.2	Lieu de naissance	Date de naissance	Sexe	Nationalité
	.....	.....	.....	.....

7.3 Adresse (2) .....

.....

7.4 Lien de parenté avec l'assuré décédé: .....

8 La demande est rejetée

Motif: .....

.....

.....

.....

9 Une pension est accordée

9.1	À partir du:	/ /	/ /	/ /	/ /
9.2	Montant annuel:	.....	.....	.....	.....
9.3	Le cas échéant, déduction à opérer au titre des dispositions de non-cumul (article 12 du règlement 1408/71 et article 7 du règlement 574/72): Motif:	.....	.....	.....	.....
9.4	Montant dû:	.....	.....	.....	.....

10 Une penson danoise est accordée (14)

10.1 Montant annuel selon la législation sur les pensions sociales: .....

10.2 Montant annuel selon la législation sur les pensions complémentaires pour les travailleurs salariés (ATP): .....

10.3 Montant annuel total: .....

10.4 Le cas échéant, déduction à opérer au titre des dispositions de non-cumul (article 12 du règlement 1408/71 et article 7 du règlement 574/72): .....
Motif: réajustement des revenus

10.5 Montant dû (pension sociale): .....

10.6 Montant dû (pension ATP): .....

10.7 Date d'effet (pension sociale): .....

10.8 Date d'effet (pension ATP): .....

11 Voies et délais de recours: voir formulaire E 212

12 Institution en cause

12.1 Dénomination: .....

12.2 Adresse (2): .....

.....

12.3 Cachet

12.4 Date: .....

12.5 Signature

.....

E 210

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution en cause : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.

— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.

— les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(9) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple 1er août 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(11) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance ; (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(12) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(13) À remplir uniquement s'il s'agit d'une demande de pension de survivant.

(14) À remplir uniquement par les institutions danoises.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 211 ☐ (1)

RÉCAPITULATION DES DÉCISIONS

Règlement 574/72, article 48

L'institution d'instruction remplit ce formulaire et en communique un exemplaire au requérant dans la langue de celui-ci, en y annexant un exemplaire de chacune des décisions formelles ainsi qu'une notice sur les voies et délais de recours (formulaire E 212). L'institution d'instruction adresse également une copie du formulaire E 211 à chacune des institutions en cause, en y joignant copie de sa propre décision et des décisions des autres institutions en cause.

1 Requérant

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse (2) .....
.....

2 Votre demande de pension de

2.1 ☐ vieillesse ☐ invalidité ☐ survivant

2.2 a été examinée par les institutions ci-après:

3 Institutions en cause

	Pays	Institution	Référence du dossier
3.1	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....
3.5	.....	.....	.....

4 Ces institutions ont pris les décisions suivantes (voir décisions formelles ci-jointes)

5 Votre demande est rejetée

5.1 en ce qui concerne (3) .....
Motif: .....
.....
.....
.....

5.2 en ce qui concerne (3): .....
Motif: .....
.....
.....
.....

6 Une pension vous est accordée

	en ce qui concerne (3)	Montant annuel dans la monnaie du pays débiteur (4) (5)	Date d'effet
6.1	.....	.....	.....
6.2	.....	.....	.....
6.3	.....	.....	.....
6.4	.....	.....	.....
6.5	.....	.....	.....

7 Si vous estimez devoir contester les décisions prises à votre égard par une ou plusieurs de ces institutions, vous disposez des voies et délais de recours indiqués dans le formulaire E 212.

8	Institution d'instruction

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet:

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Indiquer le pays et éventuellement le régime en cause.

(4) En cas de revalorisation des pensions en vertu de la législation nationale, le montant indiqué ci-dessus est modifié sans notification du nouveau montant.

(5) Ce montant peut éventuellement être réduit des impôts et cotisations à la charge du pensionné.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 212 [ ] (1)

VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

Règlement 574/72 : article 48

A — Si vous n'êtes pas d'accord avec la ou les décisions prises, vous pouvez introduire une réclamation ou un recours. À cet effet, vous devez, **pour chaque décision contestée :**

1. indiquer clairement vos griefs dans une lettre ;
2. indiquer les références de la notification relative à la décision contestée. Joindre une copie de cette décision ;
3. signer cette lettre. Si vous ne pouvez signer, apposez une croix et faites signer votre recours par deux personnes majeures qui mentionneront leurs noms, prénoms et adresses (2) ;
4. faire parvenir cette lettre à l'instance destinataire avant l'échéance du délai indiqué dans la notification relative à la décision contestée.
   ATTENTION : Ce délai court à partir de la date de la notification ; toutefois, en vertu de l'article 86 du règlement 1408/71, les recours qui seraient introduits dans le délai prévu par la législation d'un État membre sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès de l'instance correspondante d'un autre État membre.
   Pour connaître la dénomination et l'adresse de cette instance, renseignez-vous auprès de l'institution d'assurance-pension de votre lieu de résidence.

B — 1. Une réclamation contre une décision **belge** doit être, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de sa notification, soit adressée par lettre recommandée, soit déposée au greffe :

du tribunal du travail de l'arrondissement judiciaire de votre résidence si vous résidez en Belgique (tribunal du travail de .....),
ou de l'arrondissement judiciaire de votre dernier domicile ou de votre dernière résidence en Belgique si vous résidez à l'étranger.

2. Une réclamation contre une décision **danoise** relative à une pension en vertu de la législation sur les pensions sociales doit être adressée, dans un délai de quatre semaines à compter de la date de réception de sa notification, au « sociale Ankestyrelse » (commission sociale de recours), à Copenhague, adresse :

.....

Une réclamation contre une décision danoise en matière de droit à pension en vertu de la législation sur les pensions complémentaires des travailleurs salariés (ATP) doit être adressée, dans un délai de quatre semaines à compter de la date de réception de sa notification, à l'« Ankenævnet for ATP, Arbejdsministerium » (commission de recours ATP, au ministère du travail), à Copenhague, adresse :

.....

3. Une réclamation ou un recours direct peuvent être introduits contre une décision prise par une institution **allemande** d'assurance-pension dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la notification de cette décision. La réclamation doit être introduite par écrit ou consignée sur procès-verbal devant :

.....

(dénomination de l'institution d'assurance pension) ; le recours doit être présenté au Sozialgericht (tribunal social)

.....

soit par écrit, soit devant le greffier du tribunal, qui en dressera procès-verbal. La réclamation ou le recours sont également considérés comme recevables s'ils parviennent dans les délais prescrits à toute autre autorité située sur le territoire national, à une institution d'assurance située sur le territoire national ou une représentation officielle allemande à l'étranger.

4. Une réclamation contre une décision **française** doit être adressée à M. le Président de la commission de recours gracieux de la caisse de sécurité sociale dont l'adresse figure dans la notification française, dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa notification.
5. Une réclamation contre une décision **irlandaise** doit être adressée au « Secretary, Department of Social Welfare » (ministère de la prévoyance sociale), Dublin, dans un délai de 21 jours à compter de la date de la réception de sa notification.
6. Une réclamation contre une décision **italienne** de l'INPS doit être adressée à la commission provinciale (Comitato provinciale) attachée au siège provincial de l'INPS à

   .....

   au plus tard dans un délai de 90 jours à dater de la réception de la récapitulation des décisions (formulaire E 211).
   Si un délai de 90 jours s'écoule sans que la commission provinciale se soit prononcée, l'intéressé peut alors, dans un nouveau délai de 90 jours à compter de la date à laquelle le premier recours devait faire l'objet d'une décision, adresser un recours en seconde instance à

   .....

   .....

   Ces modalités de recours concernent les demandes de pension qui ont fait l'objet d'une décision de l'INPS dans le cadre de l'assurance générale obligatoire pour le cas d'invalidité, de vieillesse et de survie. Les recours contre les décisions prises dans le cadre des régimes spéciaux gérés par l'INPS ou par d'autres institutions sont soumis à des modalités différentes qui seront indiquées séparément à l'assuré.

7. Une réclamation contre une décision **luxembourgeoise** doit être adressée, en double exemplaire, au Conseil arbitral des assurances sociales, à Luxembourg, dans un délai de 40 jours à compter de la date de réception de sa notification.
8. Une réclamation contre une décision **néerlandaise** doit être adressée, en double exemplaire, au « Raad van Beroep » (conseil de recours) de

   .....

   dans le délai d'un mois à partir de la date à laquelle l'intéressé a pu raisonnablement prendre connaissance de la notification.

9. Un recours contre une décision d'une institution du **Royaume-Uni** doit être envoyé, dans un délai de 28 jours à compter de la date de sa notification, au « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), Newcastle-upon-Tyne ou au « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), Belfast, suivant le cas.

E 212

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution d'instruction : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 6

E 213 [ ] (1)

RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ

Règlement 1408/71 : articles 39 à 41 et article 87

1 Institution à laquelle le rapport est destiné

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

2 Personne examinée

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

2.3 Adresse (2): .....

.....

2.4 Dernière profession exercée (3): .....

2.5 [ ] Numéro d'immatriculation: .....

2.6 [ ] Numéro de pension: .....

2.7 Numéro de dossier: .....

2.8 Date de présentation de la demande de pension: .....

2.9 Date de présentation de la demande de révision pour aggravation: .....

3 Rapport établi par le médecin

3.1 Nom: ..... Prénoms: .....

3.2 Adresse (2): .....

.....

3.3 Médecin contrôleur de .....

PARTIE I — QUESTIONNAIRE COMMUN À TOUTES LES SITUATIONS

A. Anamnèse

1 Antécédents personnels et familiaux:

.....

.....

.....

.....

2 Affection actuelle (plaintes de l'intéressé, début de l'affection, évolution, thérapeutiques appliquées jusqu'ici):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Constatations objectives

1 État général

Taille: ..... Poids: .....

Aspect général (sénile, calme, agité, etc.): .....

Constitution (forte, moyenne, faible): .....

Maintien: ..... Démarche: .....

Mouvements: .....

Musculature: .....

Coloration des muqueuses: .....

État de nutrition: .....

Faciès (pâle, cyanosé): .....

État de la bouche et des dents: .....

.....

2 Organes des sens

Ouïe: .....

Vue: .....

Odorat: .....

3. Appareil respiratoire

(Voies respiratoires supérieures, poumons, périmètre thoracique, aspect du thorax, examen macroscopique et microscopique des crachats, recherche du B.K., examen radiologique, etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Protocole d'examen radiographique avec indication de la date (le cas échéant, joindre un formulaire E 214) (4):

.....

.....

.....

Autres indications: .....

.....

.....

4 Appareil circulatoire

(Cœur, aorte, vaisseaux, volume du cœur, auscultation, pouls, tension artérielle, dyspnée, œdèmes, état des vaisseaux périphériques, varices, constatations radiologiques, etc.):

.....

.....

Épreuve de la fonction cardio-circulatoire	Pression artérielle (R.R)	Respiration par minute	Pouls par minute	Autres observations après effort
— après un repos prolongé — après ..... flexions des jambes en ..... secondes — immédiatement — après 2 minutes — après 4 minutes — après 6 minutes				— Dispnée? ☐ Oui ☐ Non Si oui, combien de temps? ..... — Cyanose labiale? ☐ Oui ☐ Non — Extrasystoles? ☐ Oui ☐ Non — S'il y avait déjà des extrasystoles au repos, deviennent-elles plus fréquentes? ☐ Oui ☐ Non ou plus rares? ☐ Oui ☐ Non ou disparaissent-elles complètement? ☐ Oui ☐ Non
— Autres perturbations du rythme après effort? .... — Observations particulières:				

Protocole d'examen électrocardiographique, avec indication de la date:

.....

.....

Protocole d'examen électro-oscillographique, avec indication de la date:

.....

.....

5 Appareil digestif

(Paroi abdominale, hernies, palpation de l'abdomen, cicatrices d'interventions chirurgicales, foie, rate, ganglions, etc.):

.....

.....

.....

Protocole d'examens radiographiques, avec indication de la date:

.....

.....

.....

6 Appareil locomoteur

(Os, muscles, conformation et mobilité des articulations et de la colonne vertébrale, Lasègue, mensurations comparées des membres; indication, en degrés de la réduction fonctionnelle éventuelle des mouvements articulaires):

.....

.....

.....

.....

7. Appareil génito-urinaire

.....

Résultat de l'examen des urines et des autres examens éventuels (azotémie, pyélographie, examen gynécologique, etc.) avec indication de la date:

.....

.....

.....

8 Système nerveux et psychisme
(réflexes pupillaires et périphériques, parésies, paralysies, troubles importants de la sensibilité, particularités concernant l'état psychique):

.....

Protocole d'électrodiagnostic ou d'électro-encéphalogramme:

.....

9 Autres appareils et systèmes:

.....

.....

10 Examens du sang, avec indication de la date; taux d'hémoglobine et nombre d'érythrocytes, etc.:

.....

.....

11 Autres résultats d'examen, avec indication de la date (sédimentation, réaction pour le diagnostic de la syphilis, etc.):

.....

.....

.....

D'autres examens spécifiques ☐ sont nécessaires ☐ ne sont pas nécessaires

Dans l'affirmative, lesquels? .....

Date de la demande d'examens: .....

C. Diagnostic et interprétation

1 Diagnostic, avec justification et appréciation:

.....

.....

.....

.....

.....

2 L'état de l'intéressé ☐ est ☐ n'est pas stabilisé:

.....

.....

3 Date du début de l'incapacité de travail (5) (6):

.....

4 Date du début de l'invalidité actuelle (7):

.....

5 L'intéressé ☐ est ☐ n'est pas apte à exercer une activité autre que celle exercée en dernier lieu.

6 L'intéressé ☐ est ☐ n'est pas susceptible d'être réadapté.

7 L'intéressé ☐ est ☐ n'est pas dans l'impossibilité absolue de se déplacer.

8 L'intéressé ☐ est ☐ n'est pas hospitalisé.

Dans l'affirmative, durée probable de l'hospitalisation: .....

Éventuellement, date de sortie: .....

9 L'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ☐ lui est nécessaire ☐ ne lui est pas nécessaire.

10 L'invalidité est ☐ temporaire ☐ définitive.

11 Date de la fin probable de cette invalidité temporaire: .....

Depuis l'attribution de la pension, l'état de l'intéressé

☐ s'est amélioré ☐ est resté stationnaire ☐ s'est aggravé.

Observations:

.....

.....

.....

.....

.....

13 L'intéressé ☐ doit ☐ ne doit pas être réexaminé.

Dans l'affirmative, indiquer la date: .....

PARTIE II — QUESTIONNAIRE RÉSERVÉ À CERTAINES SITUATIONS

1 Sous réserve de l'avis de l'administration compétente et selon l'avis du praticien qui établit le présent formulaire, l'indemnisation de la blessure ou de la maladie dont l'intéressé est atteint

☐ peut ☐ ne peut pas

être considérée comme relevant des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Dans le cas où l'intéressé bénéficiait antérieurement de la législation sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions militaires, les pensions de victimes civiles de guerre,

— nature de cette blessure ou de cette maladie:

.....

.....

.....

— taux d'invalidité proposé: .....

2 En cas d'accident, date de consolidation de la lésion: .....

3 Thérapeutique indiquée:

.....

.....

.....

.....

L'intéressé ☐ l'accepte ☐ ne l'accepte pas.

4 La continuation des soins médicaux

☐ est ☐ n'est pas susceptible d'entraîner une amélioration de l'état de l'intéressé.

☐ est ☐ n'est pas susceptible de permettre une guérison.

5 Taux d'invalidité pour le travail minier (seulement s'il s'agit d'un mineur) ([8]):

au fond: ..... à la surface: .....

(Le cas échéant, joindre un formulaire E 214).

6 L'intéressé ☐ se trouve ☐ ne se trouve pas dans la nécessité

☐ de cesser son travail à la mine.

☐ de changer d'emploi.

Observations:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARTIE III — CONCLUSIONS

1 Date effective de cessation du travail: .....

2 L'invalidité pour le travail exercé en dernier lieu est
☐ totale ☐ partielle.
Si elle est partielle, indiquer le taux (9): .....

3 Taux d'invalidité pour tout autre travail en rapport avec les aptitudes de l'intéressé (8):
.....

4 Catégorie d'invalidité (9) (10): .....

5 ☐ Un formulaire E 214 complété est joint en annexe (11).

5.1 ☐ Il n'est pas joint de formulaire E 214 pour la raison ci-après (11):
Vu les constatations qui résultent de mon examen
(et des examens spécifiques éventuels),
☐ j'estime que l'intéressé sera totalement apte à reprendre son travail
dans ..... mois.
☐ je conclus que l'intéressé se trouve dans un état permanent d'incapacité totale de travail.

6

6.1 Date: .....
6.2 Signature du médecin: .....

7 Institution qui a fait procéder à l'examen

7.1 Dénomination: .....
7.2 Adresse (2): .....
.....
7.3 Cachet

7.4 Date: .....
7.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'insitution qui a fait procéder à l'examen : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Pour les besoins des institutions belges, indiquer, dans la mesure du possible, toutes les professions exercées par l'assuré durant sa carrière, en utilisant, le cas échéant, des feuilles intercalaires.

(4) Ces éléments sont indispensables quand la demande de pension d'invalidité est fondée entièrement ou partiellement sur une affection relative à l'appareil respiratoire.

(5) Quand le rapport est destiné à une institution néerlandaise ou établi par une institution néerlandaise, indiquer le premier jour de la période en cours d'absence pour maladie.

(6) À remplir de façon identique à la rubrique 7.1 du formulaire E 204.

(7) Quand le rapport est destiné à une institution néerlandaise, indiquer le premier jour d'octroi des indemnités d'invalidité.

(8) Ne concerne pas la république fédérale d'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

(9) Ne concerne pas les Pays-Bas.

(10) À remplir seulement quand l'examen médical est fait en vue de la décision sur une demande de pension.

(11) À remplir uniquement lorsque le formulaire E 213 est destiné à une institution allemande ou néerlandaise ou est établi par un médecin allemand ou néerlandais.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 214 ☐ (1)

RAPPORT MÉDICAL CONCERNANT L'APPRÉCIATION DES CAPACITÉS ET LIMITES FONCTIONNELLES

Règlement 1408/71 : articles 39 à 41, article 87

À joindre au formulaire E 213, lorsque cette indication figure à la rubrique 5 de la partie III de ce formulaire ou encore quand une institution compétente d'un autre État membre en fait la demande.

1 Institution à laquelle le rapport est destiné

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

2 Personne examinée

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

2.3 Adresse (2): .....

.....

2.4 Dernière profession exercée: .....

2.5 ☐ Numéro d'immatriculation: .....

2.6 ☐ Numéro de pension: .....

3 Rapport établi par le médecin

3.1 Nom: ..... Prénoms: .....

3.2 Adresse (2): .....

.....

3.3 Médecin contrôleur de .....

4 Ci-joint le formulaire ☐ E 204 ☐ E 213

E 214

	Questions	Oui	Occasionnellement	Fréquemment	À temps plein	À temps partiel	Non	Observations
5	L'assuré peut-il							
5.1	exécuter des travaux lourds?	☐					☐	
5.2	exécuter des travaux mi-lourds?	☐					☐	
5.3	exécuter des travaux légers?	☐					☐	
5.4	travailler principalement debout ou en marchant?	☐			☐	☐	☐	..... h par jour
5.5	travailler principalement assis?	☐			☐	☐	☐	..... h par jour
5.6	travailler alternativement debout, assis et en marchant?	☐			☐	☐	☐	..... h par jour
5.7	travailler courbé?	☐	☐	☐			☐	
5.8	travailler accroupi?	☐	☐	☐			☐	
5.9	travailler à genoux?	☐	☐	☐			☐	
5.10	travailler couché?	☐	☐	☐			☐	
5.11	travailler les bras levés?	☐					☐	
5.12	travailler en milieu sec?	☐	☐	☐			☐	
5.13	travailler en milieu humide?	☐	☐	☐			☐	
5.14	travailler en milieu froid?	☐	☐	☐			☐	
5.15	travailler en milieu chaud?	☐	☐	☐			☐	
5.16	travailler en milieu très chaud?	☐	☐	☐			☐	
5.17	travailler dans l'eau?	☐	☐	☐			☐	
5.18	être exposé à des changements brusques de température?	☐					☐	
5.19	travailler en plein-air?	☐					☐	
5.20	travailler dans des locaux fermés?	☐					☐	
5.21	travailler dans des espaces resserrés (conduits, endroits où l'on doit s'introduire en rampant, etc.)?	☐	☐	☐			☐	
5.22	gravir des escaliers?	☐	☐	☐			☐	
5.23	utiliser des échelles?	☐	☐	☐			☐	
5.24	monter sur les toits?	☐	☐	☐			☐	
	soulever et porter des charges occasionnellement ou de façon répétée (charger et décharger, etc.):							
5.25	poids lourds (plus de 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.26	poids moyens (10 à 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.27	poids légers (5 à 10 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.28	poids très légers (moins de 5 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.29	L'assuré doit-il utiliser une technique particulière pour soulever et porter des charges (p. ex. le dos droit et en fléchissant les genoux)?	☐					☐	
5.30	Est-il allergique à certaines substances?	☐					☐	Si oui, préciser les substances et les précautions à prendre.
5.31	A-t-il besoin d'accessoires spéciaux pour travailler (p. ex. une chaise réglable, polyfonctionnelle, etc.)?	☐					☐	Si oui, préciser lesquels.
5.32	Peut-il utiliser les transports en commun?	☐					☐	
	Quelle distance peut-il, approximativement, parcourir:							
5.33	à pied?							..... km

Questions		Réponses						Observations
		Oui	Occasionnellement	Fréquemment	À temps plein	À temps partiel	Non	
5.34	à vélo?							..... km
5.35	à vélomoteur?							..... km
5.36	en auto?							..... km
5.37	en fauteuil roulant?							.....
5.38	en voiturette à moteur?							..... km
5.39	Peut-il travailler avec d'autres?	☐					☐	
5.40	Peut-il utiliser des machines ou appareils offrant un certain danger?	☐					☐	
5.41	Peut-il s'occuper de travaux de direction, de surveillance ou d'organisation, comme ce peut être le cas si l'entreprise lui appartient?	☐					☐	
5.42	Doit-on tenir compte de certaines particularités psychologiques pour certaines activités?	☐					☐	Si oui, préciser lesquelles et pour quelles activités.
5.43	Y a-t-il des réserves à faire concernant le rythme de travail?	☐					☐	Si oui, préciser le motif
5.44	Compte tenu des réponses données aux questions qui précèdent, et même dans l'hypothèse de conditions de travail appropriées, doit-on s'attendre à des absences prolongées ou fréquentes en raison de déficiences physiques ou mentales?	☐					☐	

6

Date: ..... Signature du médecin .....

7 Institution qui a fait procéder à l'examen

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (2): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui a fait procéder à l'examen : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 4

E 215 [ ] (1)

RAPPORT ADMINISTRATIF SUR LA SITUATION D'UN PENSIONNÉ

Règlement 574/72 : articles 40 et 51

1 Institution destinaire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

2 Titulaire de pension

2.1 Nom de famille (3): .....

2.2 Nom de naissance (3): .....

2.3 Prénoms (4): .....

2.4 Noms antérieurs (5): .....

2.5 Sexe (6): .....

2.6 Nom et prénoms du père (7): .....

2.7 Nom et prénoms de la mère (7): .....

2.8 État civil:
- [ ] célibataire
- [ ] divorcé remarié (8)
- [ ] séparé
- [ ] marié
- [ ] divorcé non remarié (8)
- [ ] veuf

2.9 Numéro d'immatriculation (institution d'instruction): .....

2.10 Numéro d'immatriculation (institution en cause) (9): .....

2.11 Nature de la pension .....

3 Nationalité (10): .....

4 Naissance

4.1 Date (11): .....

4.2 Localité (12): .....

4.3 Province ou département (13): .....

4.4 Pays (14): .....

5 Adresse (2) (15)

.....

.....

6 Conjoint

6.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille ..... Sexe .....

6.2 Date de naissance: ..... Lieu de naissance: .....

6.3 Adresse (2) (16): .....

.....

6.4 Date de mariage: .....

6.5 Le conjoint ☐ exerce ☐ n'exerce pas une activité professionnelle

6.6 Dans l'affirmative, montant de ses revenus:

☐ par semaine (17): ..... ☐ par an (18): .....

6.7 Le conjoint ☐ est ☐ n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente.

Dans l'affirmative:

6.8 nature de la pension ou de la rente: .....

6.9 numéro de la pension ou de la rente: .....

6.10 institution débitrice: .....

6.11 montant: ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ annuel: .....

6.12 Le conjoint (19) ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas d'autres prestations

☐ chômage ☐ maladie ☐ invalidité ☐ autres

6.13 Autres ressources connues: nature .....

montant (20) .....

7 Enfants

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

7.2 Adresse (2) (21): .....

.....

7.3 Observations (22): .....

8 Ascendants à charge (23)

8.1	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.2 Adresse (2) (21): .....

.....

8.3 Observations: .....

.....

9 Prestations

		à demandé les prestations suivantes	et/ou bénéficie des prestations suivantes
9.1	L'assuré		
9.2	Continuation du paiement du salaire en cas de maladie	☐	☐
9.3	Indemnités de l'assurance-maladie pour incapacité de travail	☐	☐
9.4	Indemnités en cas de rééducation	☐	☐
9.5	Pension d'invalidité	☐	☐
9.6	Pension de vieillesse	☐	☐
9.7	Pension de survivant	☐	☐
9.8	Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	☐	☐
9.9	Prestations de chômage	☐	☐

9.10 Institutions débitrices des prestations visées sous 9.3 à 9.9
[dénomination, adresse (²)]

ad 9..... .....

ad 9..... .....

ad 9..... .....

ad 9..... .....

9.11 Renseignements complémentaires concernant les prestations visées sous 9.3 à 9.9

	Numéro de référence	Période ou date d'effet	Montant
ad 9.....	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel
ad 9.....	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel
ad 9.....	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel
ad 9.....	.....	.....	☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel

10 Activités éventuelles

10.1 Le titulaire de pension
- ☐ n'exerce aucune activité
- ☐ exerce une activité salariée
- ☐ exerce une activité indépendante

nature de l'activité: .....

10.2 Date du début de l'activité actuelle: .....

10.3 Durée du travail: ..... heures par semaine

10.4 Montant du revenu: ☐ journalier ☐ hebdomadaire ☐ mensuel: .....

10.5 Revenu ☐ journalier ☐ hebdomadaire ☐ mensuel
d'un travailleur valide salarié comparable pour une durée normale de travail

de ..... heures par:
☐ jour ☐ semaine ☐ mois: .....

10.6 Période(s) correspondant au revenu mentionné sous 10.4:
.....

11 Le titulaire de pension précité est décédé le .....

12 Observations éventuelles .....

.....

13 Institution qui a rédigé le rapport

13.1 Dénomination: .....

13.2 Adresse (2): .....

.....

13.3 Cachet

13.4 Date: .....

13.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui a rédigé le rapport : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention « *idem* ». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

(5) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant ; les expressions « dit » et « *alias* » et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.

(6) M = masculin ; F = féminin.

(7) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.

(8) À remplir dans la mesure du possible pour les besoins des institutions allemandes, françaises, italiennes, luxembourgeoises et néerlandaises.
Lorsque le renseignement n'est pas disponible auprès de l'institution d'instruction, l'institution compétente s'adressera directement à l'intéressé.

(9) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer le numéro CPR et éventuellement le numéro ATP.

(10) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

(11) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple : 1er août 1921 = 01. 08 1921).

(12) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple : Paris 14).

(13) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité française ou italienne ; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance ; (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît; soit, en l'occurrence « 59 ». L'information portée sera donc : « Nord 59 »).

(14) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.

(15) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer la dernière adresse du demandeur au Danemark dans le cadre ci-après :

Adresse (2) .....

.....

(16) À remplir uniquement pour les besoins des institutions danoises.

(17) À remplir uniquement pour les besoins des institutions du Royaume-Uni.

(18) À remplir pour les besoins des institutions françaises, italiennes, luxembourgeoises et danoises.

(19) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, françaises, irlandaises, italiennes et du Royaume-Uni.

(20) À remplir pour les besoins des institutions italiennes (montant mensuel) et françaises (montant trimestriel).

(21) Indiquer l'adresse commune. Si un des enfants ou des ascendants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après :

Nom et prénoms .....

Adresse (2) .....

.....

(22) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti ou s'il continue ses études.

(23) À remplir pour les besoins des institutions belges, allemandes, françaises.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 301 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LES PÉRIODES À PRENDRE EN COMPTE POUR L'OCTROI DES PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Règlement 1408/71 : article 67 ; article 68 ; article 71.1.a.ii ; article 71.1.b.ii
Règlement 574/72 : article 80 ; article 81 ; article 84.2

À délivrer par l'institution compétente en matière de chômage ou l'institution désignée par l'autorité compétente du pays où le chômeur a été assuré antérieurement. À remettre à l'intéressé ou à envoyer à l'institution compétente.

1 Travailleur

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille .....
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité .....

2 Le travailleur désigné ci-dessus a accompli, au cours

2.1 [ ] de l'année (2) [ ] des deux années (2) [ ] des trois années (2) précédant la fin de son dernier emploi,

3 les périodes d'assurance et périodes assimilées ci-après (3):

3.1 Périodes d'assurance

du	au

3.2 Périodes assimilées

du	au	Motif de l'assimilation (4)

4 les périodes d'emploi et périodes assimilées ci-après (3):

4.1 Périodes d'emploi

du	au	Activité exercée (5)

4.2 Périodes assimilées

du	au	Motif de l'assimilation (4)

5 Renseignements sur le dernier emploi occupé:

Branche d'activité	Activité exercée (6) (p. ex. « maçon », pas « ouvrier du bâtiment »)	Rémunération hebdomadaire moyenne approximative (7)

5.1 Motif de la cessation: ☐ licenciement ☐ démission ☐ expiration du contrat ☐ résiliation d'un commun accord ☐ autres motifs .....

6 L'intéressé

6.1 ☐ a reçu ou doit recevoir une rémunération pour la période consécutive à la cessation du travail jusqu'au .....

6.2 ☐ a reçu ou doit recevoir, à l'occasion de la cessation du travail, une indemnité ou d'autres versements analogues d'un montant de .....

6.3 ☐ a reçu ou doit recevoir une indemnité de remplacement de congé annuel, d'un montant de ..... pour ..... jours (8)

6.4 ☐ a renoncé aux droits suivants qui découlent du contrat de travail (9):

.....

Motif: .....

7 Depuis le début de la première période mentionnée ci-dessus, l'intéressé a bénéficié des prestations de chômage (10):

du	au

8 ☐ L'intéressé a droit aux prestations en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71.
(Attestation E 303 pour la période du ..... au .....
établie le .....)

9 ☐ L'intéressé n'a pas droit aux prestations en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71

9.1 ☐ parce qu'il n'y a pas droit en vertu de la législation appliquée par l'institution qui délivre la présente attestation

9.2 ☐ parce qu'il n'est pas resté à la disposition des services de l'emploi du pays compétent pendant quatre semaines à compter du début de son chômage, et qu'il n'a pas été autorisé à partir avant la fin de ce délai.

10 ☐ L'intéressé n'a pas droit aux prestations en vertu de l'article 71.1.a.i. ou de l'article 71.1.b.i. du règlement 1408/71 au regard de l'institution qui délivre la présente attestation.

11 Institution qui délivre l'attestation

11.1 Dénomination: .....

11.2 Adresse (11): .....

.....

11.3 Cachet

11.4 Date: .....

11.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Un an si l'attestation est destinée à une institution française, luxembourgeoise ou néerlandaise ; deux ans si elle est destinée à une institution italienne qui pourra, en outre, demander communication de la carrière complète de l'intéressé à l'étranger ; trois ans si elle est destinée à une institution belge, danoise, allemande, irlandaise ou du Royaume-Uni.

(3) Si la ventilation entre les données demandées aux points 3.1 et 3.2, 4.1 et 4.2 n'est pas disponible, indiquer le total au point 3.1 ou 4.1 selon le cas.

(4) Par exemple : maladie, maternité, accident du travail, service militaire, formation professionnelle, chômage constaté.

(5) À remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, allemande, française ou italienne.

(6) Préciser s'il s'agit d'une activité saisonnière.

(7) À remplir, si possible, lorsque le formulaire est destiné à une institution allemande, française ou néerlandaise.

(8) À remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, danoise, française, italienne ou néerlandaise.

(9) À remplir si l'attestation est destinée à une institution belge, danoise, italienne ou néerlandaise.

(10) À remplir si l'attestation est destinée à une institution française, allemande ou italienne.

(11) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 302 [ ] (1)

ATTESTATION RELATIVE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DU CHÔMEUR À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS

Règlement 1408/71 : article 68.2
Règlement 574/72 : article 82

À délivrer par l'institution désignée du pays de résidence des membres de la famille. À remettre au chômeur ou à transmettre à l'institution compétente.

1 Chômeur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Date de naissance ..... Lieu de naissance ..... Nationalité .....

2 Membres de la famille

Numéro d'ordre	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Lieu de résidence
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

3 Éventuellement, revenu des membres de la famille (nature et montant mensuel, y compris les prestations sociales)

Numéro d'ordre (2)	Membres de la famille	Nature du revenu	Montant

4 Jusqu'au début de son chômage, le chômeur assurait l'entretien des membres de sa famille indiqués sous les numéros d'ordre .....

4.1 Le membre de la famille mentionné sous le numéro d'ordre ..... ne peut, en raison de déficiences physiques ou mentales, subvenir à sa propre subsistance par son travail (3).

4.2 Les suppléments familiaux pour les membres de la famille visés aux numéros d'ordre .....
ont été versés à une autre personne en même temps que les prestations de chômage pour la période
du ..... au .....

4.3 Indication intéressant uniquement les institutions du Royaume-Uni:
À l'exception de sa période d'emploi au Royaume-Uni, le chômeur et son conjoint
[ ] vivent sous le même toit [ ] ne vivent pas sous le même toit.

4.4 La présente attestation est valable douze mois à compter de la date de sa délivrance.

5 Institution qui délivre l'attestation

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (4): .....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

.....

6 Déclaration du chômeur (5)

6.1 Le chômeur désigné au cadre 1 déclare que les membres de sa famille visés aux numéros d'ordre ..... du cadre 2

☐ sont ☐ ne sont pas

pris en considération pour le calcul des prestations de chômage dues à une autre personne au titre de la législation du Royaume-Uni.

6.2 Date: .....

6.3 Signature du chômeur

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande'; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Pour chaque membre de la famille mentionné dans ce cadre rappeler le numéro d'ordre figurant au cadre 2.

(3) À remplir uniquement quand le formulaire est destiné à une institution belge, française ou du Royaume-Uni.

(4) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(5) À remplir par le chômeur uniquement quand l'attestation a été délivrée par une institution du Royaume-Uni.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 303/0 ☐ (1)

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Règlement 1408/71 : article 69
Règlement 574/72 : article 26.2 ; article 83.1 à 3 ; article 97

1 Chômeur Numéro d'immatriculation: .....

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
	.....	.....	.....
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
	.....	.....	.....

2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage, à compter de son inscription auprès du service de l'emploi du pays où il cherche du travail.

3 Il peut, toutefois, déjà bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.

4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée maximale de ..... jours, en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71, sans que celle-ci puisse dépasser le .....

4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf
☐ le lundi ☐ le mardi ☐ le mercredi ☐ le jeudi ☐ le vendredi ☐ le samedi ☐ le dimanche.

4.2 Montant journalier des prestations de chômage:
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net
et, à partir du .....
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.

4.3 Montant hebdomadaire des prestations de chômage: ..... net.

5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (règlement 574/72, article 83.1.e et article 83.3):

5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (3) ou exerce une activité indépendante;

5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au point 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);

5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;

5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer (4);

5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;

5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);

5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);

5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;

5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6 Institution qui remplit le formulaire

6.1 Dénomination: .....
6.2 Adresse (6): .....
.....
6.3 Cachet

6.4 Date: .....
6.5 Signature
.....

E 303/0

INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne ; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris le E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.

(3) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours ; selon la législation belge, néerlandaise et du Royaume-Uni, une activité comportant au moins un jour de travail normal.

(4) Cette circonstance n'entraîne pas la suspension des prestations, si l'attestation a été émise par une institution danoise.

(5) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.

(6) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 303/1 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Règlement 1408/71 : article 69
Règlement 574/72 : article 26.2 ; article 83.1 à 3 ; article 97

Cet exemplaire est destiné à l'institution d'assurance-chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi. Il doit servir de base au service des prestations de chômage (règlement 574/72 : article 83.1).

1 Chômeur Numéro d'immatriculation: .....

1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
	.....	.....	.....
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
	.....	.....	.....

2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage, à compter de son inscription auprès du service de l'emploi du pays où il cherche du travail.

3 Il peut, toutefois, déjà bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.

4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée maximale de ..... jours, en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71, sans que celle-ci puisse dépasser le .....

4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf
[ ] le lundi [ ] le mardi [ ] le mercredi [ ] le jeudi [ ] le vendredi [ ] le samedi [ ] le dimanche.

4.2 Montant journalier des prestations de chômage:
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net
et, à partir du .....
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.

4.3 Montant hebdomadaire des prestations de chômage: ..... net.

5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (règlement 574/72, article 83.1.e et article 83.3):

5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (3) ou exerce une activité indépendante;

5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au point 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);

5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;

5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer (4);

5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;

5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);

5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);

5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;

5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6 Institution qui remplit le formulaire

6.1 Dénomination: .....
6.2 Adresse (6): .....
.....
6.3 Cachet

6.4 Date: .....
6.5 Signature
.....

E 303/1

INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne ; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris le E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.

(3) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours ; selon la législation belge, la législation néerlandaise et celle du Royaume-Uni, une activité comportant au moins un jour de travail normal.

(4) Cette circonstance n'entraîne pas la suspension des prestations, si l'attestation a été émise par une institution danoise.

(5) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.

(6) Rue, numero, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 303/2 ☐ (1)

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Règlement 1408/71 : article 69
Règlement 574/72 : article 26.2 ; article 83.1 à 3 ; article 97

Cet exemplaire doit être retourné à l'institution compétente, pour l'aviser de l'inscription du chômeur et du début du service des prestations (règlement 574/72 : article 83.3).

1	Chômeur		Numéro d'immatriculation: .....
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
	.....	.....	.....
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
	.....	.....	.....

2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage, à compter de son inscription auprès du service de l'emploi du pays où il cherche du travail.

3 Il peut, toutefois, déjà bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.

4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée maximale de ..... jours, en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71, sans que celle-ci puisse dépasser le .....

4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf

☐ le lundi ☐ le mardi ☐ le mercredi ☐ le jeudi ☐ le vendredi ☐ le samedi ☐ le dimanche.

4.2 Montant journalier des prestations de chômage:

..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net

et, à partir du .....

..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.

4.3 Montant hebdomadaire des prestations de chômage: ..... net.

5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (règlement 574/72, article 83.1. e et article 83.3):

5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (3) ou exerce une activité indépendante;

5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au point 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);

5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;

5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer (4);

5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;

5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);

5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);

5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;

5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6	Institution qui remplit le formulaire
6.1	Dénomination: .....
6.2	Adresse (6): .....
	.....

À remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi.

7 Nous certifions

7.1 que le chômeur désigné ci-dessus s'est fait inscrire comme demandeur d'emploi le

.....

7.2 et bénéficie des prestations de chômage depuis le

.....

8 Institution du pays où le chômeur cherche un emploi

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse ([6]): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne ; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris le E 303/5, ou le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

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

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

([2]) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.

([3]) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours ; selon la législation belge, la législation néerlandaise et celle du Royaume-Uni, une activité comportant au moins un jour de travail normal.

([4]) Cette circonstance n'entraîne pas la suspension des prestations, si l'attestation a été émise par une institution danoise.

([5]) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.

([6]) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 303/3 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Règlement 1408/71 : article 69
Règlement 574/72 : article 26.2; article 83.1 à 3 ; article 97

Cet exemplaire est destiné à l'institution d'assurance-maladie du lieu où le chômeur cherche un emploi (règlement 574/72, article 26.2).

1	Chômeur		Numéro d'immatriculation: .....
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
	.....	.....	.....
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
	.....	.....	.....

2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage, à compter de son inscription auprès du service de l'emploi du pays où il cherche du travail.

3 Il peut, toutefois, déjà bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.

4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée maximale de ..... jours, en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71, sans que celle-ci puisse dépasser le .....

4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf
[ ] le lundi [ ] le mardi [ ] le mercredi [ ] le jeudi [ ] le vendredi [ ] le samedi [ ] le dimanche.

4.2 Montant journalier des prestations de chômage:
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net
et, à partir du .....
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.

4.3 Montant hebdomadaire des prestations de chômage: ..... net.

5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (règlement 574/72, article 83.1.e et article 83.3):

5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (3) ou exerce une activité indépendante;

5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au point 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);

5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;

5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer (4);

5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;

5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);

5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);

5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;

5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6	Institution qui remplit le formulaire
6.1	Dénomination: .....
6.2	Adresse (6): .....
	.....

E 303/3

À remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi et à joindre au formulaire E 119.

7 Nous certifions

7.1 que le chômeur désigné ci-dessus s'est fait inscrire comme demandeur d'emploi le

.....

7.2 et bénéficie des prestations de chômage depuis le

.....

8 Institution du pays où le chômeur cherche un emploi

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse ([6]): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne ; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris le E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

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

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

([2]) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.

([3]) Selon la législation italienne, est considérée comme permanente une activité de plus de 5 jours ; selon la législation belge, la législation néerlandaise et celle du Royaume-Uni, une activité comportant au moins un jour de travail normal.

([4]) Cette circonstance n'entraîne pas la suspension des prestations, si l'attestation a été émise par une institution danoise.

([5]) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.

([6]) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 303/4 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Règlement 1408/71 : article 69
Règlement 574/72 : article 26.2 ; article 83.1 à 3 ; article 97

Cet exemplaire doit être retourné à l'institution compétente, pour information et/ou pour servir de base au remboursement des prestations de chômage servies pour son compte (règlement 574/72 : article 97).

1	Chômeur		Numéro d'immatriculation: .....
1.1	Nom	Prénoms	Nom de jeune fille
	.....	.....	.....
1.2	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité
	.....	.....	.....

2 Dans les conditions visées à l'article 69 du règlement 1408/71, le chômeur désigné ci-dessus a droit aux prestations de chômage, à compter de son inscription auprès du service de l'emploi du pays où il cherche du travail.

3 Il peut, toutefois, déjà bénéficier des prestations à partir du ..... , à condition de s'être fait inscrire comme demandeur d'emploi au plus tard le ..... , auprès des services de l'emploi (2) du pays où il cherche du travail.

4 Le chômeur a droit aux prestations pour une durée maximale de ..... jours, en vertu de l'article 69 du règlement 1408/71, sans que celle-ci puisse dépasser le .....

4.1 Les prestations sont accordées pour tous les jours de la semaine, sauf
[ ] le lundi [ ] le mardi [ ] le mercredi [ ] le jeudi [ ] le vendredi [ ] le samedi [ ] le dimanche.

4.2 Montant journalier des prestations de chômage:
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net
et, à partir du .....
..... net, dont majoration pour personnes à charge: ..... net.

4.3 Montant hebdomadaire des prestations de chômage: ..... net.

5 Le service des prestations doit être suspendu dans les circonstances suivantes (règlement 574/72, article 83.1.e et article 83.3):

5.1 — quand le chômeur a accepté un emploi salarié permanent (3) ou exerce une activité indépendante;

5.2 — quand le chômeur bénéficie d'un gain occasionnel provenant d'une activité autre que celles indiquées au point 5.1 ci-dessus (dans ce cas, le service des prestations doit être suspendu pour le nombre de jours pendant lequel l'intéressé bénéficie de ce gain occasionnel);

5.3 — quand le chômeur refuse une offre d'emploi ou refuse de se rendre à une convocation des services de l'emploi;

5.4 — quand le chômeur refuse une offre de réadaptation professionnelle ou néglige d'y participer (4);

5.5 — quand le chômeur ne se soumet pas ou ne se soumet plus au contrôle;

5.6 — quand le chômeur est atteint d'incapacité permanente de travail (5);

5.7 — quand le chômeur est atteint d'incapacité temporaire de travail (dans ce cas, le service des prestations est suspendu jusqu'à nouvelle inscription);

5.8 — quand le chômeur n'est pas ou n'est plus à la disposition des services de l'emploi;

5.9 — quand le nombre des membres de la famille ouvrant droit à majoration diminue ou quand un de ces membres dispose d'un revenu visé dans le formulaire E 302 (dans ce cas, la prestation est à verser sous déduction de la majoration familiale).

6	Institution qui remplit le formulaire
6.1	Dénomination: .....
6.2	Adresse (6): .....
	.....

E 303/4

À remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi

7 Les sommes suivantes ont été payées au chômeur au vu de l'attestation ci-avant

Périodes auxquelles se rapportent les paiements		Nombre de jours indemnisés	Dates auxquelles ont été effectués les paiements	Taux de change appliqués	Montants journaliers en .... (7)	Montants journaliers en .... (8)	Montants totaux payés en .... (8)
du	au						
1	2	3	4	5	6	7	8
						Total	

Motif de la suspension ou de l'arrêt des paiements

.....

.....

8 Institution du pays où le chômeur cherche un emploi

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (6): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

L'institution compétente du dernier pays d'emploi remplit la série des formulaires E 303/0 à 303/4 pour la partie qui la concerne ; elle conserve l'exemplaire E 303/0 et remet le reste de la série au chômeur, y compris le E 303/5, ou, le cas échéant, l'envoie à l'institution compétente en matière de chômage du lieu où le chômeur cherche un emploi.

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) En Italie et aux Pays-Bas, le chômeur doit en outre introduire une demande de prestations auprès de l'institution compétente en matière d'assurance-chômage par l'intermédiaire du bureau de placement.

(3) Selon la législation italienne, est considérée commune permanente une activité de plus de 5 jours ; selon la législation belge, néerlandaise et du Royaume-Uni, une activité comportant au moins un jour de travail normal.

(4) Cette circonstance n'entraîne pas la suspension des prestations, si l'attestation a été émise par une institution danoise.

(5) Ou quand le chômeur bénéficie d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, si l'attestation est établie par une institution allemande ou luxembourgeoise.

(6) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(7) Monnaie de l'État qui émet le E 303.

(8) Monnaie de l'État où le chômeur cherche un emploi.

Indications pour le chômeur qui a l'intention de se rendre dans un autre État membre pour y chercher un emploi

Avant de partir,

vous devez faire le nécessaire pour être sûr de bénéficier, s'il y a lieu, des prestations de l'assurance maladie-maternité pour vous-même et pour les membres de votre famille, même pendant que vous cherchez un emploi.

Dans ce but, présentez-vous à la caisse de maladie (mutuelle) à laquelle vous êtes affilié ou étiez affilié en dernier lieu. Sur présentation du formulaire E 303 qui vous a été remis par l'institution d'assurance-chômage, la caisse de maladie vous délivrera une attestation intitulée « E 119 ». En cas de maladie ou de maternité, vous présenterez cette attestation à la caisse de maladie du pays où vous cherchez un emploi.

Dès votre arrivée

à l'endroit où vous allez chercher un emploi, présentez-vous au service de placement (1) ; en Italie et aux Pays-Bas, vous vous présenterez également au bureau de l'assurance-chômage (1). Vous y remettrez tous les exemplaires du formulaire E 303 qui sont en votre possession, à l'exception du E 303/5 que vous conserverez.

Vous trouverez dans ce formulaire E 303 la date limite à laquelle vous devez vous présenter si vous voulez encore bénéficier des prestations de chômage à partir du moment où vous avez cessé d'être inscrit comme demandeur d'emploi dans le pays que vous quittez.

Pendant que vous cherchez un emploi,

vous êtes soumis au contrôle des services de placement et de l'assurance-chômage comme les autres chômeurs de la localité. En cas de changement de situation qui peut avoir une influence sur votre droit aux prestations de chômage, vous êtes tenu de le déclarer à l'institution à laquelle vous aurez remis le fourmulaire E 303 ; il en est de même en cas d'incapacité de travail.

Si ce changement de situation peut entraîner une augmentation de vos droits à prestations (par exemple en cas de mariage ou à la naissance d'un enfant), vous pouvez aussi adresser directement votre déclaration à l'institution qui vous a délivré de formulaire E 303, en y joignant les pièces justificatives appropriées.

Si vous rentrez dans votre dernier pays d'emploi, avant la fin de la période indiquée au point 4 du formulaire E 303 qui vous a été délivré, vous pouvez continuer à bénéficier des prestations de chômage aux conditions en vigueur dans ce pays. Cependant les services de placement et de l'assurance chômage de votre dernier pays d'emploi doivent être informés des périodes pour lesquelles des prestations de chômage ont été versées dans le pays où vous êtes allé chercher un emploi. Vous devez donc avant de retourner dans votre dernier pays d'emploi vous faire délivrer par le bureau de placement l'attestation qui figure au verso du présent formulaire et qui indique, le cas échéant, les périodes pour lesquelles vous avez perçu des prestations dans le pays où vous êtes allé chercher un emploi. Au cas où vous n'auriez pas reçu, en totalité ou en partie, ces prestations, vous pourrez déléguer une personne de confiance pour toucher les sommes qui vous sont dues.

La possibilité de déléguer une personne n'est pas admise au Royaume-Uni ni pour les prestations du Royaume-Uni.

Si vous retournez dans votre dernier pays d'emploi après la fin de la période indiquée au point 4 du formulaire E 303 qui vous a été délivré, vous y perdrez tout droit auxdites prestations.

Si votre retour tardif est dû à des circonstances exceptionnelles, le bureau qui vous a délivré le formulaire E 303 peut néanmoins décider de vous rétablir, après votre retour, dans vos droits à prestations.

---

(1) C'est-à-dire :
en Belgique : les bureaux locaux de l'Office national de l'emploi ;
au Danemark : l'« arbejdsformidlingskontor » (bureau local de placement) ;
en république fédérale d'Allemagne : l'« Arbeitsamt » (bureau du travail) ;
en France : l'agence locale de l'emploi ;
en Irlande : le « local office of the Department of social welfare » (bureau local du ministère de la prévoyance sociale) le plus proche ;
en Italie : l'« Ufficio provinciale del lavoro » et le siège provincial de l'INPS (Istituto nazionale della previdenza sociale) ;
au Luxembourg : l'administration de l'emploi ;
aux Pays-Bas: le « Gewestelijk Arbeidsbureau » (Bureau régional du travail) et le bureau de district du « Gemeenschappelijk Administratiekantoor » (bureau administratif commun) ;
au Royaume-Uni : le « Local employment exchange » (bureau local de placement).

E 303/5

À remplir par l'institution du pays où le chômeur cherche un emploi

1 Chômeur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Date de naissance: .....

2 E 303 du ..... délivré par l'institution

2.1 (dénomination) .....

2.2 (adresse): .....

3 Sur base dudit E 303,

3.1 les prestations de chômage ont été payées pour les périodes

du	au	nombres de jours
.....	.....	.....
.....	.....	.....

3.2 les prestations de chômage n'ont pas été payées pour les périodes

du	au	nombres de jours
.....	.....	.....
.....	.....	.....

pour les motifs suivants (par exemple fin de la période, réemploi, maladie, retour en ..... etc.):

.....

.....

4 Institution du pays où le chômeur cherche un emploi

4.1 Dénomination .....

4.2 Adresse .....

.....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature

.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 401 [ ] (1)

ATTESTATION CONCERNANT LA COMPOSITION DE LA FAMILLE EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement 1408/71 : article 73.1 ; article 74.1
Règlement 574/72 : article 86.2 ; article 88

À joindre à une demande adressée à l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1 Travailleur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 État civil : ☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé

1.4 Adresse dans le pays de résidence des membres de la famille (2): .....

.....

2 Conjoint

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

2.3 Profession : .....

2.4 Adresse (2) : .....

.....

3 Membres de la famille autres que le conjoint

Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté (3)	Lieu de résidence (4)	Profession
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3.1 Observations : .....

4 Renseignements à fournir uniquement pour les besoins des institutions danoises

4.1 Personne qui exerce la puissance paternelle

.....

4.2 L'entretien des enfants ☐ est ☐ n'est pas payé par des fonds publics

4.3 La mère des enfants ☐ est ☐ n'est pas décédée.
Dans l'affirmative: date du décès: .....

4.4 La mère ou le père des enfants ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas
d'une pension de vieillesse ou d'invalidité.

5 Attestation du bureau de la population, de l'administration compétente en matière d'état civil (5)

L'exactitude des renseignements donnés ci-dessus a été vérifiée sur les documents officiels qui sont en notre possession.

5.1 Nom et adresse du bureau (2) : .....

.....

5.2 Cachet

5.3 Date : .....

5.4 Signature

.....

6 Nom et adresse de l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

6.1 Dénomination : .....

6.2 Adresse (2) : .....

.....

6.3 Numéro de référence du dossier : .....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il doit être rempli dans la langue de l'autorité désignée au cadre 5

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Indiquer la parenté de chaque membre de la famille avec le travailleur par les abréviations suivantes :
A = enfant légitime
B = enfant légitimé
C = enfant adoptif
D = enfant naturel (quand la déclaration est remplie au nom d'un travailleur masculin, les enfants naturels ne doivent être mentionnés que si la paternité ou l'obligation alimentaire du travailleur a été reconnue officiellement)
E = enfant du conjoint appartenant au ménage du travailleur
F = petits-enfants, frères et sœurs que l'intéressé a accueillis dans son ménage
G = autres enfants faisant partie du ménage en permanence sur le même pied que les enfants du travailleur (enfants recueillis).
Les autres relations de parenté (par exemple : grand-père) doivent être indiquées en toutes lettres.
Si un enfant est marié, l'indiquer au point 3.1.

(4) Si un enfant n'a pas la même adresse que celle indiquée sous 2.4 mentionner cette autre adresse dans le cadre ci-après :

Nom et prénoms .....

Adresse (2) : .....

.....

(5) En France, la mairie ou la caisse d'allocations familiales ;
en Irlande, le « Department of Social Welfare » (ministère de la prévoyance sociale) — Dublin;
au Royaume-Uni, le « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), Newcastle-upon-Tyne ou le « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), Belfast, selon le cas.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 402 [ ] (1)

ATTESTATION DE POURSUITE D'ÉTUDES EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement 1408/71 : article 73.1 ; article 74.1
Règlement 574/72 : article 86 ; article 88

A. Demande d'attestation

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales. Si le formulaire est destiné à une institution belge, joindre un formulaire E 402 annexe.

1 Travailleur qui sollicite l'octroi des prestations familiales ou personne qui les réclame à un autre titre

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse (2) : .....
.....

2 Élève ou étudiant

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe .....

2.3 Adresse (2) : .....
.....

3 Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

3.1 Dénomination : .....

3.2 Adresse (2) : .....
.....

3.3 Numéro de référence du dossier : .....

3.4 Cachet

3.5 Date : .....

3.6 Signature
.....

E 402

B. Attestation

À remplir par l'établissement (école ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire) et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4

4.1 La personne désignée au cadre 2 fréquente l'établissement d'enseignement désigné ci-après depuis le: .....

4.2 Genre d'école (3) : .....

4.3 L'enseignement dans cet établissement se prolongera probablement jusqu'au: .....

4.4 L'enseignement comporte ..... heures de cours par semaine.
Ces heures se répartissent sur ..... demi-journées (4).

5 École ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

5.1 Dénomination : .....

5.2 Adresse (2) : .....
.....

5.3 Cachet

5.4 Date : .....

5.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il doit être rempli dans la langue de l'établissement mentionné au cadre 5

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Indiquer s'il s'agit d'une école publique, d'une école privée, d'une école placée sous le contrôle de l'État. À remplir uniquement si l'institution désignée au cadre 3 est une institution du Royaume-Uni.

(4) À remplir si le formulaire est destiné à une institution belge ; l'indication du nombre de demi-journées est donnée s'il s'agit d'enseignement scolaire primaire ou secondaire.

Instructions et notes voir page 2 du formulaire E 402

E 402 Annexe ☐ (1)

À remplir si la demande de prestations familiales doit être présentée à une institution belge.

1 Enseignement dispensé dans l'établissement (autre que ceux d'enseignement supérieur ou universitaire)

1.1 Sur combien de demi-journées et combien d'heures par semaine les cours sont-ils répartis ?
demi-journées ..... heures .....

1.2 Les cours ☐ se donnent ☐ ne se donnent pas avant 19 heures.

1.3 L'élève ☐ suit régulièrement ☐ ne suit pas régulièrement les cours.
Dans la négative, indiquer le nombre de jours d'absence et le motif :
.....

1.4 Les cours mentionnés au point 1 ci-dessus

a) ☐ comprennent ☐ ne comprennent pas
les heures de stages requises pour l'obtention d'un diplôme officiel.
Dans l'affirmative, indiquer les salaires ou indemnités mensuels nets octroyés : .....

b) ☐ comprennent ☐ ne comprennent pas
les heures consacrées aux exercices pratiques dans l'établissement.
Dans l'affirmative, indiquer le nombre d'heures par semaine : .....

c) ☐ comprennent ☐ ne comprennent pas
les heures consacrées aux exercices pratiques dans l'établissement.
Dans l'affirmative, indiquer le nombre d'heures par semaine : .....

1.5 Nature de l'enseignement
☐ Formation générale ☐ Enseignement technique ☐ Enseignement artistique

1.6 Le programme
☐ est ☐ n'est pas agréé par l'État.
☐ correspond ☐ ne correspond pas à un programme agréé par l'État.

1.7 Indiquer les périodes de vacances :
— Vacances de Noël : du ..... au .....
— Vacances de Pâques : du ..... au .....
— Vacances d'été : du ..... au .....

2 Enseignement dispensé dans l'établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

2.1 ☐ il s'agit ☐ Il ne s'agit pas d'un programme d'études à temps plein.

2.2 Les cours suivis ☐ conduisent ☐ ne conduisent pas
à l'obtention d'un grade académique ou d'un diplôme.

2.3 Les cours mentionnés au point 2.2
☐ comprennent ☐ ne comprennent pas
les heures de stage requises pour l'obtention d'un grade académique ou d'un diplôme.
Dans l'affirmative, indiquer les salaires ou indemnités mensuels nets octroyés : .....

2.4 L'étudiant ☐ prépare ☐ ne prépare pas
un mémoire de fin d'études.
Dans l'affirmative,
— depuis quelle date ? .....
— à quelle date doit-il présenter son mémoire ? .....

2.5 Indiquer les périodes de vacances :
— Vacances de Noël : du ..... au .....
— Vacances de Pâques : du ..... au .....
— Vacances d'été : du ..... au .....

3 École ou établissement d'enseignement supérieur ou universitaire

3.1 Dénomination : .....
.....

3.2 Adresse (2) : .....
.....

3.3 Cachet

3.4 Date : .....

3.5 Signature
.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 403 [ ] (1)

ATTESTATION D'APPRENTISSAGE EN VUE DE L'OCTROI DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement 1408/71 : article 73.1 ; article 74.1
Règlement 574/72 : article 86 ; article 88

A. Demande d'attestation

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1 Travailleur qui sollicite l'octroi de prestations familiales ou personne qui les réclame à un autre titre

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse dans le pays de résidence de l'apprenti (2) : .....
.....

2 Apprenti

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe .....

2.3 Adresse (2) : .....
.....

3 Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

3.1 Dénomination : .....

3.2 Adresse (2) : .....
.....

3.3 Cachet

3.4 Date : .....

3.5 Signature
.....

B. Attestation

À remplir par la personne, l'entreprise ou l'institution chargée de l'apprentissage et à adresser à l'organisme chargé du contrôle de l'apprentissage, qui doit la faire parvenir à l'institution mentionnée au cadre 3.

4 Renseignements concernant l'apprentissage

4.1 L'apprenti mentionné à la page précédente nous a été confié à partir
du .....
en vue de sa formation au métier de .....

4.2 L'apprentissage a lieu : ☐ ..... jours par semaine ☐ ..... heures par semaine
et se prolongera jusqu'au : .....

4.3 L'apprenti

☐ reçoit

☐ une allocation d'apprentissage ou un salaire ☐ net ☐ brut
☐ hebdomadaire ☐ mensuel de .....

☐ d'autres prestations (3) :

☐ logement ☐ pension complète ☐ pension partielle
☐ pourboires ☐ ..... repas par jour ☐ autres (4)

du ..... au ..... s'élevant à .....

☐ ne reçoit pas

☐ d'allocation d'apprentissage ou de salaire ☐ d'autres prestations.

4.4 Lieu de travail : .....

4.5 Nom de la personne, de l'entreprise ou de l'institution chargée de l'apprentissage:
.....

4.6 Adresse (2) : .....
.....

4.7 Cachet

4.8 Date : .....

4.9 Signature
.....

5 Visa de l'organisme chargé du contrôle de l'apprentissage (5)

5.1 Dénomination : .....

5.2 Adresse (2) : .....
.....

5.3 Cachet

5.4 Date : .....

5.5 Signature
.....

E 403

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées, Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Ce formulaire est rempli dans la langue de l'organisme visé au cadre 5.

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Quand le formulaire est destiné à une institution du Royaume-Uni, détailler le montant de ces prestations dans le cadre ci-après :

logement : ..... autres prestations : .....
pension complète : .....
pension partielle : .....
pourboires : .....
repas : .....

(4) Éventuellement préciser ces « autres prestations » dans le cadre ci-après :

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

(5) Ce cadre est à remplir :
en Irlande, par le « Department of Social Welfare » (ministère de la prévoyance sociale), Dublin, dans les cas où le contrôle de l'apprentissage n'est pas de la compétence de l'Industrial Training Authority ;
au Royaume-Uni, par le « Department of Health and Social Security, Overseas Branch » (ministère de la santé et de la sécurité sociale, service international), Newcastle-upon-Tyne ou le « Ministry of Health and Social Services, Overseas Branch » (ministère de la santé et des services sociaux, service international), Belfast, selon le cas.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 404 [ ] (1)

CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement 1408/71 : article 73.1 et 3 ; article 74.1
Règlement 574/72 : article 86 ; article 88

A. Demande

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1 Travailleur qui sollicite l'octroi des prestations familiales ou personne qui les réclame à un autre titre

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse (2) : .....
.....

2 Personne qui fait l'objet du certificat médical

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe .....

2.3 Adresse (2) : .....
.....

3 Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales

3.1 Dénomination : .....

3.2 Adresse (2) : .....
.....

3.3 Cachet

3.4 Date : .....

3.5 Signature
.....

B. Certificat

À remplir par le médecin désigné par l'organisme de liaison (3) du pays de résidence de la personne examinée et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4

4.1 a) Les facultés physiques ou mentales de la personne examinée
☐ sont diminuées ☐ ne sont pas diminuées
Dans l'affirmative, pourcentage de diminution : ..... %

b) La personne examinée ☐ est capable de gagner sa vie
☐ est incapable de gagner sa vie par suite de déficience physique ou mentale.

c) La personne examinée ☐ est ☐ n'est pas ménagère.
Dans l'affirmative ☐ elle est ☐ elle n'est pas en état de tenir son ménage.

d) Observations éventuelles :
.....
.....
.....

e) Description de l'état de la personne examinée :
.....
.....
.....

4.2 Date du début de l'infirmité ou de la maladie (de façon aussi précise que possible) :
.....

4.3 Durée probable : .....

4.4 a) Un nouvel examen. ☐ est nécessaire ☐ n'est pas nécessaire.

b) Dans l'affirmative, date de l'examen : .....

5

5.1 Nom et prénom du médecin : .....

5.2 Adresse (2) : .....
.....

5.3 Date : .....

5.4 Signature
.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il doit être rempli dans la langue du médecin qui établit le certificat

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Ou le médecin de la caisse désignée par l'organisme de liaison.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 405 ☐ (1)

PRESTATIONS OU ALLOCATIONS FAMILIALES EN CAS D'OCCUPATIONS SUCCESSIVES DANS PLUSIEURS ÉTATS MEMBRES ENTRE LES ÉCHÉANCES DE PAIEMENT PRÉVUES PAR LA LÉGISLATION DE CES ÉTATS

Règlement 1408/71 : article 12 ; article 72
Règlement 574/72 : article 10.2 ; article 85.2 et 3

Cette attestation est délivrée à l'intéressé sur sa demande. Le cas échéant, l'institution compétente s'adresse, pour l'obtenir, à l'institution dont le travailleur relevait antérieurement.

A. À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations ou allocations familiales dont relève le travailleur.

1 Travailleur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 État civil : ☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé

1.4 Adresse (2) : .....

2 Personne qui doit percevoir les prestations ou allocations familiales

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

2.3 Adresse (2) : .....

3 Institution dont le travailleur relevait antérieurement

3.1 Dénomination : .....

3.2 Adresse (2) : .....

4 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

4.1 Dénomination : .....

4.2 Adresse (2) : .....

5 Institution dont le travailleur relève actuellement

5.1 Dénomination : .....

5.2 Adresse (2) : .....

5.3 Numéro de référence du dossier : .....

5.4 Cachet

5.5 Date : .....

5.6 Signature

.....

B. À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations ou allocations familiales dont le travailleur relevait antérieurement.

6

6.1 Nous certifions que le travailleur désigné au cadre 1
6.2 a accompli ..... jours de travail, du ..... au .....
6.3 en (3) .....
6.4 ☐ Il a droit ☐ il n'a pas droit à des prestations ou allocations familiales.
6.5 Des prestations ou allocations familiales lui ont été servies
du ..... au .....

7 Institution dont le travailleur relevait antérieurement

7.1 Dénomination : .....
7.2 Adresse (2) : .....
.....
7.3 Cachet

7.4 Date : .....
7.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(3) Pays dans lequel s'est exercée l'activité considérée.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » à la page 3

E 406 **F** (1)

DEMANDE D'ALLOCATIONS FAMILIALES CONCERNANT UN TRAVAILLEUR SOUMIS À LA LÉGISLATION FRANÇAISE ET DONT LA FAMILLE RÉSIDE DANS UN ÉTAT MEMBRE AUTRE QUE LA FRANCE

Règlement 1408/71 : article 73.2 ; article 75.2b ; article 76
Règlement 574/72 : article 87.1

La présente demande, établie en double exemplaire (en triple exemplaire si les membres de la famille résident en Italie) (2), doit être adressée par le travailleur directement à l'institution française d'allocations familiales dont il relève au titre de son activité.

1 Travailleur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse en France (3): .....

.....

1.4 Activité exercée (4): .....

1.5 Date d'entrée en France: .....

2 Personne qui doit percevoir les allocations familiales

Je déclare que la personne ci-après désignée assure la subsistance des membres de ma famille et je demande que les allocations familiales soient versées entre ses mains.

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

2.3 Lien de parenté avec le travailleur: .....

2.4 Dénomination s'il s'agit d'une personne morale: .....

2.5 Adresse (3): .....

.....

2.6 Date: .....

2.7 Signature

.....

2.8 Dénomination et adresse de l'institution qui doit verser les allocations familiales aux membres de la famille au lieu de leur résidence (3):

.....

.....

3 Membres de la famille à charge

	3.1 Nom	3.2 Prénoms	3.3 Date de naissance
1)	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....

	3.4 Lien de parenté	3.5 Lieu de résidence	3.6 Observations
1)	([5])	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....

3.7 Je déclare qu'aucun droit à allocations familiales n'est ouvert au titre d'une activité professionelle en vertu de la législation du pays de résidence des membres de ma famille.

3.8 Date: .....

3.9 Signature

.....

4 ([6]) Éventuellement, revenu des membres de la famille (nature et montant mensuel, y compris les prestations sociales)

Numéro d'ordre ([5])	Membres de la famille	Nature du revenu	Montant

5

5.1 Si vous avez exercé une activité salariée dans un autre État membre au cours du mois de l'entrée en France et si un formulaire E 405 n'a pas encore été établi, indiquer

5.2 la période d'emploi: .....

5.3 la dénomination et l'adresse ([3]) de l'institution compétente en matière d'allocations familiales dont vous relevez:

.....

.....

5.4 votre numéro matricule auprès de cette institution: .....

5.5 Date: .....

5.6 Signature

.....

6	Attestation de l'employeur

6.1 Nom ou raison sociale: .....

6.2 Branche d'activité (7): .....

6.3 Adresse (3): .....

.....

6.4 Début de l'activité: .....

6.5 Le travailleur ☐ est – ☐ n'est pas titulaire d'un contrat de travail saisonnier.

6.6 Dans l'affirmative, durée du contrat: .....

6.7 Date: .....

6.8 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

Le travailleur soumis à la législation française et le chômeur qui bénéficie de prestations de chômage à charge de la France ont droit, pour les membres de leur famille qui résident dans un autre État membre que la France, aux allocations familiales prévues par la législation du pays de résidence des membres de la famille. Les allocations sont payées par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille au vu d'une attestation E 407 délivrée par l'institution française d'allocations familiales.

NOTES

(1) Sigle du pays à la législation duquel le travailleur est soumis : F = France.

(2) Pour les besoins des institutions italiennes, un exemplaire du formulaire E 406 doit être joint au formulaire E 407.

(3) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(4) Pour les besoins des institutions italiennes, préciser s'il s'agit d'un ouvrier ou d'un employé.

(5) Mettre en regard de chacun de ces numéros d'ordre les renseignements concernant la personne qui répond au même numéro d'ordre au point 3.1.

(6) À remplir uniquement si les membres de la famille résident en Italie.

(7) Salariés de l'industrie et du commerce, des professions libérales (cadres, employés, ouvriers), journalistes professionnels, salariés des compagnies d'assurances, salariés des institutions de crédit, salariés des activités artisanales, salariés agricoles.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 407 **F** (1)

ATTESTATION DES PÉRIODES D'EMPLOI OU DE CHÔMAGE INDEMNISÉ EN FRANCE EN VUE DE L'OCTROI DES ALLOCATIONS FAMILIALES À DES MEMBRES DE LA FAMILLE D'UN TRAVAILLEUR OU D'UN CHÔMEUR QUI RÉSIDENT DANS UN ÉTAT MEMBRE AUTRE QUE LA FRANCE

Règlement 1408/71 : article 73.2 ; article 74.2
Règlement 574/72 : article 87.1 à 5 ; article 89.1

Cette attestation est délivrée par l'insitution française compétente en matière d'allocations familiales au travailleur, au chômeur ou, le cas échéant, à l'institution du lieu de résidence des membres de la famille. Le travailleur ou le chômeur adresse l'attestation aux membres de sa famille afin que ceux-ci la remettent à l'institution de leur lieu de résidence. Si les membres de la famille résident en Irlande ou au Royaume-Uni, cette attestation est à envoyer directement à l'institution de ces pays compétente pout le lieu de résidence des membres de la famille. Sous les réserves indiquées ci-après et sauf annulation ultérieure, elle est valable trois mois quand il s'agit d'un travailleur permanent et pout la durée du contrat quand il s'agit d'un travailleur saisonnier.

1 ☐ Travailleur ☐ Travailleur saisonnier ☐ Chômeur Numéro d'identification: .....

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse (2): .....

2 Personne physique ou morale qui doit percevoir les allocations familiales

2.1 Nom et prénoms ou dénomination ..... Sexe ..... Nom de jeune fille .....

2.2 Adresse (2): .....

3 Institution du lieu de résidence des membres de la famille Numéro d'immatriculation: .....

3.1 Dénomination: .....

3.2 Adresse (2): .....

4 Attestation des droits

La personne visée au cadre 1

4.1 ☐ a rempli en France les conditions d'emploi lui permettant de bénéficier de la totalité des allocations familiales, sauf annulation ultérieure, pour les mois de
....

4.2 ☐ a exercé en France une activité lui ouvrant droit, sauf annulation ultérieure, à ..... (fraction)
des allocations familiales mensuelles pour les mois de ..... et .....
et à la totalité pour les mois de ..... à .....
inclus, et permettant le paiement des allocations familiales sur cette base.

4.3 ☐ est titulaire, en France, d'un contrat de travail saisonnier valable du ..... au .....
qui lui permet de bénéficier de la totalité des allocations familiales pour les mois de ..... à .....
inclus, et d'un prorata pour les mois de ..... et .....

4.4 ☐ a bénéficié, au cours de la période du ..... au .....
des prestations de chômage au titre de la législation française pendant ..... jours.

5 Institution française compétente en matière d'allocations familiales

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (2): .....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature
.....

E 407 F

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Pour les besoins des institutions italiennes, il y a lieu d'y joindre un exemplaire du formulaire E 406

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : F = France.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 408 [ ] (1)

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Règlement 1408/71 : article 73.2
Règlement 574/72 : article 87.1 ; article 87.7, deuxième alinéa ; article 89.2

Cette demande de renseignements peut être adressée en tout temps par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille à l'institution française dont relève le travailleur.

A. À remplir par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.

1 ☐ Travailleur ☐ Travailleur saisonnier ☐ Chômeur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse (2): .....
.....

2 Employeur

2.1 Nom ou raison sociale: .....

2.2 Adresse (2): .....
.....

3 Personne qui doit percevoir les allocations familiales dans le pays de résidence

3.1 Nom ..... Prénoms ..... Sexe .....

3.2 Adresse (2): .....
.....

4 Demande de renseignements

4.1 Attestation des périodes d'emploi (article 87.1 du règlement 574/72) accomplies
entré le ..... et le ..... :
.....
.....

4.2 Autres renseignements relatifs au droit du travailleur à allocations (article 87.7 du règlement 574/72)
.....
.....

5 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (2): .....
.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature
.....

B. À remplir par l'institution française compétente.

6	Renseignements demandés

6.1 ☐ Réponse au point 4.1: voir E 407 ci joint.

6.2 ☐ Réponse au point 4.2: .....

.....

.....

.....

7	Institution française compétente

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse (2): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 409 **F** (1)

CONTRÔLE DE LA DÉCLARATION D'ABSENCE DE DROITS À ALLOCATIONS FAMILIALES AU TITRE D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS LE PAYS DE RÉSIDENCE DE LA FAMILLE

Règlement 1408/71 : article 73.2
Règlement 574/72 : article 87.1 ; article 87.7 troisième alinéa

Cette demande de renseignements est utilisée par l'institution française compétente pour faire contrôler, s'il y a lieu, la déclaration du chef de famille attestant qu'aucun droit à allocations familiales n'est ouvert au titre d'une activité professionnelle dans le pays de résidence des membres de la famille. Une copie du formulaire E 406 doit y être jointe.

A. À remplir par l'institution française compétente en matière d'allocations familiales.

1 ☐ Travailleur ☐ Travailleur saisonnier ☐ Chômeur

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Date de naissance ..... Lieu de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse en France (2): .....

.....

1.4 Référence: E 406 du .....

2 Demande de renseignements

2.1 ☐ Vérifier la déclaration figurant au point 3.7 du formulaire E 406 en ce qui concerne la personne désignée au n° .....

2.2 ☐ Vérifier le formulaire E 406 du ..... en ce qui concerne .....

.....

3 Institution française

3.1 Dénomination: .....

3.2 Adresse (2): .....

.....

3.3 Cachet

3.4 Date: .....

3.5 Signature

.....

B. À remplir par l'institution d'allocations familiales du lieu de résidence des membres de la famille.

4 Renseignements demandés

4.1 ☐ Un droit est ouvert ☐ Aucun droit n'est ouvert
au titre d'une activité professionnelle dans le pays de résidence des membres de la famille.

4.2 Les membres de la famille pour lesquels un droit est ouvert sont les suivants:

.....

.....

5 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

5.1 Dénomination: .....

5.2 Adresse (2): .....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

.....

E 409 F

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : F = France.
(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 410 **F** (1)

NOTIFICATION D'ANNULATION DU DROIT AUX ALLOCATIONS FAMILIALES

Règlement 1408/71 : article 73.2 ; article 74.2
Règlement 574/72 : article 87.3 et 7 ; article 98.2

L'institution française compétente pour les allocations familiales remplit le formulaire et l'envoie à l'institution du lieu de résidence des membres de la famille.

1 Institution d'allocations familiales destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

1.3 Référence: E 407 du .....

2 ☐ Travailleur ☐ Travailleur saisonnier ☐ Chômeur

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

2.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

2.3 Adresse en France (2): .....

.....

3

3.1 La personne désignée ci-dessus

3.2 ☐ n'a pas rempli la condition d'activité professionnelle requise pour bénéficier des allocations familiales

au cours du mois de ..... (article 87.7 du règlement 574/72)

3.3 ☐ a cessé l'activité professionnelle depuis le ..... (3)

3.4 ☐ a interrompu son contrat de travail saisonnier

à partir du ..... (article 87.3 du règlement 574/72)

3.5 ☐ a transféré sa résidence en (4) .....

à partir du ..... (article 87.7 du règlement 574/72)

4 Institution compétente française

4.1 Dénomination: .....

4.2 Adresse (2): .....

.....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature

.....

E 410 F

INSTRUCTIONS

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : F = France.
(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
(3) À remplir, si le formulaire est adressé à une institution du Royaume-Uni.
(4) Indiquer le pays.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale

Voir « Instructions » au verso

E 411 [ ] (1)

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DROIT À PRESTATIONS FAMILIALES (ALLOCATIONS FAMILIALES) DANS L'ÉTAT DE RÉSIDENCE DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Règlement 1408/71 : article 76
Règlement 574/72 : article 10.1

A. Demande d'attestation

L'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales dans l'État membre d'emploi du travailleur, qui demande à connaître si un droit à prestations familiales existe dans l'État membre de résidence des membres de la famille, remplit cette partie A en 2 exemplaires et les envoie à l'organisme de liaison en matière de prestations familiales du pays de résidence des membres de la famille.

1 Travailleur — Numéro du dossier (2): .....

1.1 Nom ..... Prénoms ..... Nom de jeune fille .....

1.2 Lieu de naissance ..... Date de naissance ..... Sexe ..... Nationalité .....

1.3 Adresse dans le pays de résidence des membres de la famille (3):
.....
.....

2 Conjoint ou autre personne dont il faut vérifier le droit à prestations familiales dans le pays de résidence des membres de la famille

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

2.2 Adresse (3): .....
.....

2.3 Lien de parenté avec les membres de la famille désignés au cadre 3:
.....

2.4 Période pour laquelle le renseignement est demandé: .....

3 Membres de la famille

	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté (4)	Lieu de résidence (5)
3.1	.....	.....	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....	.....

4

4.1 Employeur: .....
4.2 Adresse (3): .....
.....
4.3 Activité non salariée: .....

5 Institution compétente

5.1 Dénomination: .....
5.2 Adresse (3): .....
5.3 Cachet

5.4 Date: .....
5.5 Signature
.....

B. Attestation

À remplir par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille

6	Attestation de l'institution compétente pour les prestations familiales du lieu de résidence des membres de la famille.

6.1 La personne désignée au cadre 2 pour la période du ..... au .....

☐ a droit aux prestations familiales pour les membres de la famille (prénoms et date de naissance):

.....

.....

.....

☐ n'a pas droit aux prestations familiales, parce que:

.....

6.2 La personne mentionnée dans le cadre 2 durant la période du ..... au .....

☐ a exercé une activité professionnelle du ..... au .....

☐ n'a pas exercé d'activité professionnelle.

7	Institution du lieu de résidence des membres de la famille

7.1 Dénomination: .....

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

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = république fédérale d'Allemagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; GB = Royaume-Uni.

([2]) Réservé à l'institution expéditrice.

([3]) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

([4]) Indiquer la parenté de chaque membre de la famille avec le travailleur par les abréviations suivantes :
A = enfant légitime
B = enfant légitimé
C = enfant adoptif
D = enfant naturel (quand la déclaration est remplie au nom d'un travailleur masculin, les enfants naturels ne doivent être mentionnés que si la paternité ou l'obligation alimentaire du travailleur a été reconnue officiellement)
E = enfant du conjoint appartenant au ménage du travailleur
F = petits-enfants, frères, et sœurs que l'intéressé a accueillis dans son ménage
G = autres enfants faisant partie du ménage en permanence sur le même pied que les enfants du travailleur (enfants recueillis).
Les autres relations de parenté (par exemple grand-père, etc.) doivent être indiquées en toutes lettres.

([5]) Si un enfant n'a pas la même adresse que celle indiquée sous 2.2, mentionner cette autre adresse dans le cadre ci-après

Nom et prénoms : .....

.....

Adresse ([3]) : .....

.....