COMMISSION

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

DÉCISION N° 166

du 2 octobre 1997

concernant la modification à apporter aux formulaires E 106 et E 109

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

(98/441/CE)

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

vu l'article 81, point a), du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, aux termes duquel elle est chargée de traiter toute question administrative découlant des dispositions 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 aux termes duquel elle établit les modèles de certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents nécessaires à l'application des règlements,

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

considérant que le règlement (CE) n° 3095/95 du Conseil du 22 décembre 1995 a modifié l'article 17, paragraphe 2, et l'article 30, paragraphe 1, du règlement (CEE) n° 574/72, en limitant à un an la durée de validité des formulaires E 106 et E 109 délivrés par les institutions allemandes, italiennes ou portugaises;

considérant, par conséquent, qu'il y a lieu d'adapter les formulaires E 106 et E 109;

considérant que l'accord sur l'Espace économique européen du 2 mai 1992, complété par le protocole du 17 mars 1993, annexe VI, met en œuvre les règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 dans l'Espace économique européen;

considérant que, par décision du Comité mixte de l'EEE, les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 seront adaptés et utilisés dans l'Espace économique européen;

considérant que, pour des raisons pratiques, il y a lieu d'utiliser des formulaires identiques dans la Communauté et dans l'Espace économique européen;

considérant que la langue d'émission des formulaires fait l'objet de la recommandation n° 15 de la Commission administrative,

DÉCIDE:

1. Les modèles de formulaires E 106 et E 109, reproduits dans la décision n° 153 du 7 octobre 1993 sont remplacés par les modèles ci-joints.

2. Les autorités compétentes des États membres mettront à la disposition des intéressés (ayants droit, institutions, employeurs, etc.) les formulaires selon les modèles ci-joints. Toutefois, l'introduction de nouveaux modèles de formulaires ne porte pas atteinte à la validité des modèles déjà établis.

3. 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 (ayants droit, institution, employeur, etc.) de recevoir le formulaire imprimé dans sa langue nationale.

4. La présente décision est publiée au *Journal officiel des Communautés européennes.* Elle est applicable à partir du 1er janvier 1998.

Georges SCHROEDER

Président de la Commission administrative

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE (*)

Voir «Instructions» à la page 3

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

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: ..... N° de code (2 *bis*) .....
1.2. Adresse (3): .....
.....
1.3. Référence: votre formulaire E 107 du .....

2. ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur frontalier (salarié)
☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur frontalier (non salarié)
☐ Travailleur en chômage

2.1. Nom (3 *bis*)
.....
2.2. Prénoms Noms antérieurs (3 *bis*) Date de naissance
....
2.3. Adresse dans le pays de résidence (3) .....
.....
2.4. Numéro d'identification (3 *ter*): .....
2.5. Le travailleur ☐ est ☐ n'est pas un travailleur des mines ou d'un établissement assimilé
2.6. ☐ Le travailleur relève d'un régime de non-salariés visé à l'annexe 11 du règlement n° 574/72

3. Membre de la famille (4)

3.1. Nom (3 *bis*)
.....
3.2. Prénoms Noms antérieurs (3 *bis*) Date de naissance
....
3.3. 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
à partir du .....

6. Les intéressés conservent ce droit

6.1. ☐ jusqu'à annulation de la présente attestation
6.2. ☐ pendant un an à compter de la date spécifié au point 5 (6)
6.3. ☐ jusqu'au ..... inclus (7)

7. Institution compétente pour la maladie-maternité

7.1. Dénomination: ..... N° de code (7bis): .....

7.2. Adresse (3): .....

.....

7.3. Cachet

7.4. Date: .....

7.5. Signature

.....

8. Institution compétente pour les accidents de la vie privée (8) (8bis) (10)

8.1. Dénomination: ..... N° de code (7bis): .....

8.2. Adresse (3): .....

.....

8.3. Cachet

8.4. Date: .....

8.5. Signature

.....

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

9.

9.1. ☐ Le travailleur indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille

9.2. ☐ Les membres de la famille du chômeur indiqué au cadre 2

9.3. ☐ ont été inscrits chez nous le .....

9.4. ☐ n'ont pas pu être inscrits chez nous parce que

.....

10. Membres de la famille inscrits

	10.1. Nom (3bis)	Prénoms	Sexe F	Sexe M	Noms antérieurs	Date de naissance
10.2.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.3.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.4.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.5.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.6.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.7.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.8.	.....	.....	☐	☐	.....	.....
10.9.	.....	.....	☐	☐	.....	.....

11. Institution du lieu de résidence

11.1. Dénomination: .....

11.2. Adresse (3): .....

.....

11.3. Cachet

11.4. Date: .....

11.5. Signature

.....

E 106

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.

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 plut 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 maladie-maternité en question sont:

en **Belgique,** la mutualité choisie

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

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

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

en **Espagne,** la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de sécurité sociale) du lieu de résidence. Si vous avez besoin de prestations, vous pouvez vous adresser au service médical et hospitalier du système de santé couvert par les assurances sociales espagnoles. Joindre une photocopie au formulaire

en **France,** la Caisse primaire d'assurance maladie; si, la réponse au point 2.5 est «oui», le formulaire peut être adressé à la société de secours minière

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

en **Italie,** en règle générale, l'Unità sanitaria locale (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire; pour les marins et le personnel navigant de l'aviation civile, le «Ministero della sanità — Ufficio di sanità marittima o aerea» (ministère de la santé — office de la santé de la marine ou de l'aviation)

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

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

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

au **Portugal, pour le continent:** le «Centro Regional de Segurança Social» (Centre régional de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour **Madère:** la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Funchal; pour **les Açores:** la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Angra do Heroísmo

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

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

au **Royaume-Uni,** le «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministère de la sécurité sociale, bureau des prestations, service international), à Newcastle upon Tyne, ou la «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (agence de la sécurité sociale en Irlande du Nord, service international), à Belfast, suivant le cas

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

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

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

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

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

NOTES

(*) Accord EEE sur l'Espace économique européen, annexe VI, sécurité sociale: aux fins de cet accord, le présent formulaire est valable également pour l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = Allemagne; GR = Grèce; E = Espagne; F = France; IRL = Irlande; I = Italie; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas; A = Autriche; P = Portugal; FIN = Finlande; S = Suède; GB = Royaume-Uni; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège.

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

(2 *bis*) À compléter s'il est connu.

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

(3 *bis*) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance.
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.

(3 *ter*) Pour les ressortissants italiens, indiquer, si possible, le numéro d'assurance et/ou le «codice fiscale».

(4) À 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 afin de leur permettre d'être inscrits étant donné que les membres de la famille qui ont droit aux prestations sont déterminés par la législation du pays de résidence.

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

(6) Au cas où le formulaire est établi par une institution allemande, française, italienne ou portugaise.

(7) Au cas où le formulaire est établi par une institution française de travailleurs non salariés ou une institution de la Grèce ou du Royaume-Uni de travailleurs salariés ou non salariés.

(7 *bis*) À compléter si elle en dispose.

(8) À remplir par les institutions françaises de travailleurs non salariés.

(8 *bis*) Au cas où le formulaire est rempli par une institution du Liechtenstein, le nom de l'organisme d'assurance accidents compétent du travailleur doit être indiqué.

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

(10) Au cas où le Lichtenstein est l'État compétent, le coût des prestations en nature servies au travailleur dans le cas d'un accident de la vie privée est à charge de l'institution compétente visée au point 8.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE (*)

Voir «Instructions» à la page 3

E 109 ☐ (1)

ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE DU TRAVAILLEUR SALARIÉ OU NON SALARIÉ 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 Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, 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 salarié ☐ Travailleur non salarié
☐ Travailleur saisonnier salarié ☐ Travailleur frontalier

2.1. Nom (3 *bis*)
.....

2.2. Prénoms ..... Noms antérieurs (3 *bis*) ..... Date de naissance .....

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

2.4. Numéro d'identification (3 *ter*) .....

2.5. Le travailleur ☐ est ☐ n'est pas un travailleur des mines ou d'un établissement assimilé

2.6. ☐ Le travailleur relève d'un régime de non-salariés, visé à l'annexe 11 du règlement nº 574/72

3. Membre de la famille (4)

3.1. Nom (3 *bis*)
.....

3.2. Prénoms ..... Noms antérieurs ..... Date de naissance .....

3.3. 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 un an à compter de la date spécifiée au point 5 (6)
6.3. ☐ jusqu'à la date prévue pour la fin du travail saisonnier, c'est-à-dire
6.4. ☐ jusq'au (7) ..... inclus.

7. Institution compétente

7.1. Dénomination: ..... N° de code (7 *bis*): .....

7.2. Adresse (3): .....

.....

7.3. Cachet

7.4. Date: .....

7.5. Signature

.....

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

8. ☐ (9)

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 (10)

8.5. ☐ l'«état de famille» nécessaire n'a pas été présenté

8.6. ☐ (11) .....

9. ☐ (9)

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

	9.2. Nom (3 *bis*)	Prénoms	Sexe F	Sexe M	Date de naissance	N° d'identification
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 n° 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

.....

E 109

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.

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 devrez 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» compétente (administration départementale). Dans la commune de Copenhague: le «magistrat» (administration communale); dans la commune de Frederiksberg: le «kommunalbestyrelse» (administration communale)

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

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

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

en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie; si la réponse au point 2.5 est «oui», le formulaire peut être envoyé à la «Société de secours minière»

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

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

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

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

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

au **Portugal, pour le continent**: le «Centro Regional de Segurança Social» (Centre régional de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour **Madère**: la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Funchal; pour **les Açores**: la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Angra do Heroísmo

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

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

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

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

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

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 et 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

(*) Accord EEE sur l'Espace économique européen, annexe VI, sécurité sociale: aux fins de cet accord, le présent formulaire est valable également pour l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit la partie A du formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = Allemagne; GR = Grèce; E = Espagne; F = France; IRL = Irlande; I = Italie; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas; A = Autriche; P = Portugal; FIN = Finlande; S = Suède; GB = Royaume-Uni; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège.

(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.

(3 *bis*) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms.
Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.

(3 *ter*) Pour les ressortissants italiens, indiquer, si possible, le numéro d'assurance et/ou le «codice fiscale».

(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 allemande, française, italienne ou portugaise.

(7) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution française de travailleurs non salariés ou une institution de la Grèce ou du Royaume-Uni de travailleurs salariés ou non salariés.

(7 *bis*) À compléter si elle en dispose.

(8) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment émise et dont la validité a expiré, l'institution du lieu de résidence n'a pas à remplir la partie B.

(9) Remplir le cadre 8 ou 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

(10) 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.

(11) Autres motifs.