Ce document constitue un outil de documentation et n'engage pas la responsabilité des institutions

►**B**

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)

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

(94/604/CE)

(JO L 244 du 19.9.1994, p. 22)

Modifié par:

		Journal officiel		
		n°	page	date
►**M1**	Décision no 166 98/441/CE, du 2 octobre 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	modifié par décision no 202 2006/203/CE, du 17 mars 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Décision no 168 98/443/CE, du 11 juin 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	modifié par décision no 202 2006/203/CE, du 17 mars 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Décision no 179 2002/154/CE, du 18 avril 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	modifié par décision no 187 2003/251/CE, du 27 juin 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	modifié par décision no 202 2006/203/CE, du 17 mars 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Décision no 185 2003/148/CE, du 27 juin 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	modifié par décision no 202 2006/203/CE, du 17 mars 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Décision no 198 2004/562/CE, du 23 mars 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Décision no 202 2006/203/CE, du 17 mars 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

DÉCISION Nº 153

du 7 octobre 1993

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) nº 1408/71 et (CEE) nº 574/72 du Conseil (E 001, E 103—E 127)

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

(94/604/CE)

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

vu l'article 81 point a) du règlement (CEE) nº 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 du règlement (CEE) nº 1408/71 et des règlements ultérieurs,

vu l'article 2 paragraphe 1 du règlement (CEE) nº 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, aux termes duquel elle établit les modèles de certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents nécessaires pour l'application des règlements,

vu la décision nº 130, du 17 octobre 1985, établissant et adaptant les modèles de formulaires nécessaires aux fins de l'application desdits règlements,

considérant qu'il convient de les adapter également pour tenir compte des modifications intervenues dans les législations nationales des États membres;

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) nº 1408/71 et (CEE) nº 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) nº 1408/71 et (CEE) nº 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 ces formulaires doivent aussi être adaptés en vue de la participation du Liechtenstein à l'EEE envisagée à un stade ultérieur;

considérant que la langue d'émission des formulaires fait l'objet de la recommandation nº 15 de la Commission administrative,

DÉCIDE:

1. Les modèles de formulaires E 001, E 103-E 127, reproduits dans la décision nº 130, sont remplacés par les modèles ci-joints.

2. Les autorités compétentes des États membres mettent à la disposition des intéressées (ayants droit, institutions, employeurs, etc.), les formulaires selon les modèles ci-joints

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

▼B

4. La présente décision est applicable à partir du premier jour du mois suivant sa publication au *Journal officiel des Communautés européennes*.

Le président de la commission administrative

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Liste des formulaires

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

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 salarié ou non salarié 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 salarié ou non salarié et la tenue des inventaires

E 110 — Attestation concernant les travailleurs salariés 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 prestations en nature de grande importance

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 de maternité et 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 travailleurs en chômage 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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 001 [ ] (1)

☐ **Demande de renseignements**
☐ **Communication de renseignements**
☐ **Demande de formulaires**
☐ **Rappel**

concernant

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

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

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

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

Partie A

1. Institution destinataire

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

2. Renseignements concernant l'assuré(e) (2)

2.1 Nom(s) de famille (3): .....
2.2 Prénom(s) (4): .....
2.3 Nom(s) antérieur(s): .....

2.4 Sexe (5): .....

3. Nationalité (6): .....

4. Naissance

4.1 Date (7): .....
4.2 Localité (8): .....
4.3 Province ou département (9): .....
4.4 Pays (10): .....

5. N° d'identification personnel (11)

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

6. Adresse: .....
.....

7. Renseignements concernant le dossier

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

▼**M11**

E 001

8. Ayant droit (12)

8.1 Nom(s) de famille (3): .....

8.2 Prénom(s) (4): .....

8.3 Nom(s) antérieur(s): .....

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

8.5 Sexe: ..... Nationalité (6): .....

8.6 N° d'identification personnel (11): .....

auprès de l'institution expéditrice: .....

auprès de l'institution destinataire: .....

8.7 Adresse: .....

.....

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

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

12.3 Adresse: .....

.....

12.4 Cachet

12.5 Date: .....

12.6 Signature: .....

▼M11

E 001

Partie B

13.

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

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

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

.....

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

.....

14.

Comme suite à votre demande du: ....., nous vous communiquons qu'il est impossible de vous transmettre:

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

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

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

14.4 ☐ Motifs: .....

.....

.....

15. Divers

.....

.....

.....

.....

.....

16.

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

17. Institution qui remplit la partie B

17.1 Dénomination: .....

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

17.3 Adresse: .....

.....

17.4 Cachet

17.5 Date:

.....

17.6 Signature:

.....

▼M11

E 001

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Les rubriques 2.1 à 2.4 concernant l'identification sont à remplir en tant que de besoin.

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

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

(5) Indiquer «M» pour masculin ou «F» pour féminin.

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

Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE, dans les deux cas, si ce numéro existe, même si la carte est périmée. À défaut, indiquer «néant».

(7) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple, le 1er août 1921 = 01.08.1921).

(8) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro d'arrondissement (par exemple: Paris 14). Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.

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

(10) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon la note (1).

(11) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.

Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.

Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.

(12) À remplir, s'il y a lieu.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 103 [ ] (1)

EXERCICE DU DROIT D'OPTION

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

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

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

A. Option

1. Le soussigné

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

2. occupé depuis le: .....

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

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

2.3 ☐ comme agent auxiliaire des Communautés européennes

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

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

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

☐ belge	☐ tchèque	☐ danoise	☐ allemande	☐ estonienne
☐ grecque	☐ espagnole	☐ française	☐ irlandaise	☐ italienne
☐ chypriote	☐ lettone	☐ lituanienne	☐ luxembourgeoise	☐ hongroise
☐ maltaise	☐ néerlandaise	☐ autrichienne	☐ polonaise	☐ slovène
☐ portugaise	☐ slovaque	☐ finlandaise	☐ suédoise	☐ britannique
☐ islandaise	☐ liechtensteinoise	☐ norvégienne	☐ suisse	

4. Lieu et date:
.....

5. Signature:
.....

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

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

▼M11

E 103

B. Attestation

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

☐ belge	☐ tchèque	☐ danoise	☐ allemande	☐ estonienne
☐ grecque	☐ espagnole	☐ française	☐ irlandaise	☐ italienne
☐ chypriote	☐ lettone	☐ lituanienne	☐ luxembourgeoise	☐ hongroise
☐ maltaise	☐ néerlandaise	☐ autrichienne	☐ polonaise	☐ portugaisel
☐ slovène	☐ slovaque	☐ finlandaise	☐ suédoise	☐ britannique
☐ islandaise	☐ liechtensteinoise	☐ norvégienne	☐ suisse	

7.1 à partir du ……

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

8. Institution désignée par l'autorité compétente

8.1 Dénomination: .....

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

8.3 Adresse: .....

.....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature:

.....

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

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

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

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

au **Danemark,** *la «Sociale Sikringsstyrelse» (Direction nationale de sécurité sociale), à Copenhague;*

en **Allemagne,** *l'office Bonn de la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) choisie par l'intéressé;*

en **Estonie,** *le «Sotsiaalkindlustusamet» (Comité d'assurance social), à Tallinn;*

en **Grèce,** *l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA);*

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

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

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

en **Italie,** *le siège local compétent de l'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (Institut national de la prévoyance sociale) (INPS);*

à **Chypre,** *le «Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Département des assurances sociales, ministère du travail, à 1465 Nicosie;*

en **Lettonie,** *le «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (l'Agence nationale de sécurité sociale);*

en **Lituanie,** *le «Valstybinio socilinio draudime fondo valdyba», (le Conseil du fonds national de sécurité sociale), à Vilnius;*

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

en **Hongrie,** *la «Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance maladie de Pest et de la capitale), à Budapest;*

à **Malte,** *le «Dipartiment tas-Sigurta' Socjali»; à La Valette;*

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

en **Autriche,** *l'institution compétente pour l'assurance maladie;*

en **Pologne,** *le «Zakład Ubezpieczeń Społecznych» (institution de sécurité sociale – ZUS), à Varsovie;*

au **Portugal,** *le «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (Département des relations internationales et conventions de sécurité sociale), à Lisbonne;*

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

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

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

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

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

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

▼M11

E 103

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

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

en **Suisse,** *la «Caisse fédérale de compensation», à Berne.*

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

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

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

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

([2]) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

([3]) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.

([4]) Pour les travailleurs soumis à la législation belge, indiquer le numéro d'identification du registre national.

Pour les travailleurs soumis à la législation espagnole, indiquer le numéro de sécurité sociale.

Pour les travailleurs soumis à la législation maltaise, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.

Pour les travailleurs soumis à la législation slovaque, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.

Pour les travailleurs soumis à la législation polonaise, indiquer les numéros PESEL et NIP ou, à défaut, la série et le numéro de la carte d'identité ou du passeport.

([5]) Indiquer les noms et prénoms de l'employeur.

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

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 104 [ ] (1)

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

maladie – maternité – décès (allocation) – invalidité

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 9.2; article 18.1; article 38.1; article 64
Règlement (CEE) n° 574/72: article 6.2; article 16; article 39.1 et 2; article 79

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution du dernier État membre à la législation duquel l'intéressé a été soumis. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue de le délivrer remplit les parties A.2 et B et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

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

Partie A

1. Institution destinataire

1.1 Dénomination: .....

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

1.3 Adresse: .....

.....

2. Assuré

2.1 Nom(s) de famille (2):

.....

2.2 Prénom(s) (3): Date de naissance:

....

2.3 Nom(s) antérieur(s): ....

2.4 N° d'identification personnel:

.....

2.5 À partir de la date indiquée au point 3.1, l'assuré a exercé une activité:

☐ salariée ☐ non salariée à/au/en (4) .....

2.6 ☐ Nom ou raison sociale du dernier employeur

☐ Dernière activité non salariée

.....

Adresse: .....

.....

2.7 ☐ Employeurs précédents: ☐ Activités non salariées précédentes:

[nom ou raison sociale et adresse] .....

....

....

....

....

....

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

3.1 à partir du .....

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

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

▼**M11**

E 104

4. Institution compétente

4.1 Nom: .....

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

4.3 Adresse: .....

.....

4.4 Cachet

4.5 Date: .....

4.6 Signature:

.....

Partie B

5. L'assuré indiqué au cadre 2

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

5.2 ☐ a accompli depuis le .....

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

6.1 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.2 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.3 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.4 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.5 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.6 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.7 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.8 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.9 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

6.10 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7. les périodes de résidence suivantes:

7.1 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.2 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.3 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.4 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.5 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.6 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.7 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.8 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.9 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

7.10 du ..... au ..... ([8]) pour ([9]) le risque de ..... ☐ ([10])

8. Institution remplissant la partie B

8.1 Dénomination: .....

8.2 N° d'identification de l'institution:

.....

8.3 Adresse: .....

.....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature:

.....

(2)

▼M11

E 104

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient la première institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

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

(4) Indiquer le pays.

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

(6) Pour les besoins des institutions françaises et lettones.

(7) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution belge.

(8) Si l'attestation est destinée à une institution belge, tchèque, grecque, lettone, lituanienne, polonaise ou liechtensteinoise, indiquer s'il s'agit de périodes d'activité salariée ou non salariée en utilisant le code suivant: D = salariée; I = non salariée.

Si l'attestation est destinée à une institution allemande, lituanienne, luxembourgeoise ou polonaise, indiquer les périodes d'assurance dans la section 7 en utilisant le code suivant: P = assurance obligatoire; F = assurance volontaire.

(9) Indiquer le risque couvert en utilisant le code suivant:

A = maladie et maternité; B = décès (allocation); O = invalidité.

(10) Si l'institution compétente est une institution chypriote, allemande, irlandaise, hongroise, autrichienne ou britannique, mettre une croix dans cette case pour autant que la période d'assurance ou de résidence corresponde à une période d'emploi effectif et préciser ci-après la nature de l'activité salariée ou non salariée.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

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 au chômage

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 a; article 19.2; article 25.3 i
Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.1 et 4; article 27, première phrase

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

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

A. Notification du droit

1. Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....
1.4 Référence: votre formulaire E 107 du .....

2. Assuré

2.1 Nom(s) de famille (3):
.....
2.2 Prénom(s) (4): Date de naissance:
....
2.3 Nom(s) antérieur(s): .....
2.4 Adresse dans le pays de résidence: .....
.....
2.5 N° d'identification personnel:
.....
2.6 L'assuré est ☐ un travailleur salarié
2.7 L'assuré est ☐ un travailleur non salarié
2.8 L'assuré est ☐ un travailleur frontalier (salarié)
2.9 L'assuré est ☐ un travailleur frontalier (non salarié)
2.10 L'assuré est ☐ un travailleur en chômage

3. Membre de la famille (5)

3.1 Nom(s) de famille (3):
.....
3.2 Prénom(s) (4): Date de naissance:
....
3.3 Nom(s) antérieur(s): .....
3.4 Adresse dans le pays de résidence: .....
.....
3.5 N° d'identification personnel: .....

4.1 ☐ L'assuré désigné ci-dessus et les membres de sa famille (6) résidant avec lui

4.2 ☐ Les membres de la famille (6) du travailleur au chômage désigné ci-dessus

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

▼M11

E 106

6. Les intéressés conservent ce droit

6.1 ☐ jusqu'à annulation de la présente attestation

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

6.3 ☐ jusqu'au ..... inclus (8)

7. Institution compétente pour la maladie-maternité

7.1 Dénomination: .....

7.2 Numéro d'identification de l'institution: .....

7.3 Adresse: .....

.....

.....

7.4 Cachet

7.5 Date: .....

7.6 Signature:

.....

B. Notification de l'inscription (9)

8.

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

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

8.3 ☐ ont été inscrits chez nous le: .....

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

.....

9.

	Nom(s) de famille (3)	Prénom(s) (4)	Nom(s) antérieur(s)	Date de naissance	Numéro d'identification personnel
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 N° d'identification de l'institution: .....

10.3 Adresse: .....

.....

.....

10.4 Cachet

10.5 Date: .....

10.6 Signature:

.....

▼**M11**

E 106

Indications pour l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Slovénie,** *le «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie);*

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

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

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

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

en **Islande,** *le «Tryggingastofnun 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;*

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

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

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

▼**M11**

E 106

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

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

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

(5) À remplir uniquement si le formulaire concerne les membres de la famille du demandeur d'emploi; dans ce cas, donner les renseignements pour un seul membre de la famille afin de leur permettre d'être inscrits, les membres de la famille qui ont droit aux prestations étant déterminés par la législation du pays de résidence.

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

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

(8) Au cas où le formulaire est établi par une institution grecque, hongroise ou britannique de travailleurs salariés ou non salariés.

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 107 [ ] (1)

DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT À PRESTATIONS EN NATURE

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 a; article 19.2; article 22.1 a i, b i et c i; article 22.3; article 25.1 a et 3 i; article 26.1; article 28.1 a; article 29.1 a; article 31 a; article 52 a; article 55.1 a i, b i et c i
Règlement (CEE) n° 574/72: article 17.1; article 21.1; article 22.1 et 3; article 23; article 27, première phrase; article 28; article 29.1 et 2; article 30.1; article 31.1 et 3; article 60.1; article 62.3, 4 et 7; article 63.1 et 3

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

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

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

1. Institution destinataire

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

2. ☐ Assuré

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

3. ☐ Dernier employeur (5) ☐ Dernière activité non salariée (5)

3.1 Nom: .....
3.2 Adresse: .....
.....
3.3 Secteur d'activité (6): .....
3.4 Institution d'assurance contre les accidents du travail à laquelle l'employeur est affilié (7): .....
.....
.....
.....

▼M11

E 107

4. Membres de la famille (8)

4.1	Nom(s) de famille (2)	Prénom(s) (3)	Date de naissance	N° d'identification personnel (4)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Adresse dans le pays de résidence (9): .....
.....

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 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 du règlement (CEE) n° 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 .....
☐ certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie ou sur carte européenne d'assurance maladie (si la délivrance de la carte est possible selon la législation de l'État compétent)

valable du ..... au .....

8. ☐ En annexe, rapport médical (10)

9. Institution du lieu de résidence ou de séjour

9.1 Dénomination: .....

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

9.3. Adresse: .....
.....

9.4 Cachet

9.5 Date: .....

9.6 Signature:
.....

▼**M11**

E 107

B. À remplir par l'institution compétente

10.

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

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

.....

.....

11. Institution compétente

11.1 Dénomination: .....

11.2 N° d'identification de l'institution:

11.3 Adresse: .....

.....

.....

11.4 Cachet

11.5 Date:

.....

11.6 Signature:

.....

▼M11

E 107

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

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

(4) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.

Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.

Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.

Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE. Si la carte DNI ou la NIE est périmée, indiquer «néant».

(5) À remplir uniquement si le formulaire concerne un travailleur salarié ou non salarié en activité ou un travailleur au chômage.

(6) À remplir uniquement si le formulaire concerne un travailleur salarié qui est présumé avoir été victime d'un accident du travail.

(7) Pour l'Espagne: la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) ou la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina» (Direction provinciale de l'institut social de la marine) pour le régime spécial des gens de mer.

(8) À remplir seulement dans le cas de membres de la famille pour lesquels a été présentée une demande de prestations ou d'inscription. Pour l'inscription, indiquer un seul membre de la famille.

(9) À remplir seulement si l'adresse des membres de la famille diffère de celle du chef de ménage.

(10) À joindre seulement s'il y a lieu. Dans ce cas, mettre une croix dans la case correspondante.

(11) Pour les besoins des institutions néerlandaises et suisses, et si la nature du formulaire à renvoyer le permet.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

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

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

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

A. Notification

1. Institution destinataire

1.1 Dénomination: .....

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

1.3 Adresse: .....

.....

2.

☐ Travailleur salarié
☐ Travailleur non salarié
☐ Travailleur au chômage
☐ Titulaire de pension ou de rente (salarié)
☐ Titulaire de pension ou de rente (non salarié)
☐ Demandeur de pension ou de rente
☐ Travailleur frontalier (salarié)
☐ Travailleur frontalier (non salarié)

2.1 Noms (2) de famille:

.....

2.2 Prénoms (3): ..... Date de naissance: .....

2.3 Nom(s) antérieur(s): .....

2.4 Adresse dans le pays de résidence: .....

.....

2.5 N° d'identification personnel (4):

.....

3. Membre de la famille (5)

3.1 Noms (2) de famille:

.....

3.2 Prénoms (3): ..... Date de naissance: .....

3.3 Nom(s) antérieur(s): .....

3.4 Adresse dans le pays de résidence: ....

3.5 N° d'identification personnel:

.....

▼M11

E 108

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

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

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

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

4.4 Le titulaire du droit à prestations visé au point 2
ou
☐ le membre de la famille visé au point 3
☐ ne réside plus dans notre ☐ votre ☐ État depuis le ..... (date)
☐ est décédé le ..... (date)

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

4.6 ☐ (6) .....

5. ☐ Institution compétente ☐ Institution du lieu de résidence

5.1 Dénomination: .....
5.2 Numéro d'identification de l'institution: .....
5.3 Adresse: .....
.....
5.4 Cachet
5.5 Date: .....
5.6 Signature:
.....

B. Accusé de réception

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

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

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

8. ☐ Institution compétente ☐ Institution du lieu de résidence

8.1 Dénomination: .....
8.2 Numéro d'identification de l'institution: .....
8.3 Adresse: .....
.....
8.4 Cachet
8.5 Date: .....
8.6 Signature:
.....

▼M11

E 108

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

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

(4) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.

Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.

Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.

Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE. Si la carte DNI ou la NIE est périmée, indiquer «néant».

(5) À remplir si des membres de la famille sont concernés par la fin du droit à prestations.

(6) Il est obligatoire d'indiquer le motif de la cessation, en utilisant les lettres ci-dessous:
a) le titulaire a commencé une activité dans l'État de résidence;
b) un membre de la famille a commencé une activité dans l'État de résidence;
c) les cotisations n'ont pas été acquittées;
d) autre.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 109 [ ] (1)

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

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

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'assuré, ou les fait parvenir (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison) à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci. Au cas où les membres de la famille de l'assuré résideraient au Royaume-Uni, l'institution compétente fera parvenir les deux exemplaires au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Center, Tyneview Park, à Newcastle upon Tyne. L'institution du lieu de résidence, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente. Si les membres de la famille résident dans des pays différents, il y a lieu d'établir une attestation distincte pour chacun de ces pays.

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

A. Notification du droit

1. Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....

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

1.3 Adresse: .....

.....

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

2. Assuré

2.1 Nom(s) (3) de famille:

.....

2.2 Prénom(s) (4): Date de naissance:

....

2.3 Nom(s) antérieur(s): .....

2.4 Adresse:

.....

2.5 N° d'identification personnel:

.....

2.6 Le travailleur ☐ est un travailleur non salarié

3. Membre de la famille

3.1 Noms (3) de famille: .....

.....

3.2 Prénoms (4): Date de naissance:

....

3.3 Nom(s) antérieur(s): .....

3.4 Adresse: .....

.....

3.5 N° d'identification personnel: .....

4. Les membres de la famille du travailleur désigné ci-dessus ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, à moins:

☐ qu'ils n'y aient déjà droit au titre de la législation du pays où ils résident (5)

☐ qu'ils n'exercent une activité professionnelle (5)

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

▼M11

E 109

6. et subsiste

6.1 ☐ jusqu'à l'annulation de la présente attestation
6.2 ☐ pendant un an à compter de la date spécifiée au point 5 (6)
6.3 ☐ jusqu'à la date prévue pour la fin du travail saisonnier, c'est-à-dire
6.4 ☐ jusqu'au (7) ..... inclus.

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

8. Institution compétente

8.1 Dénomination:
.....
8.2 Numéro d'identification de l'institution: .....
8.3 Adresse: .....
.....
8.4 Cachet
8.5 Date: .....
8.6 Signature:
.....

B. Notification de l'inscription (8)

9. ☐ (9)

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

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

pour les raisons suivantes:

☐ ils n'ont pas droit aux prestations
☐ ils ont déjà droit aux prestations en nature
☐ autres motifs

10. ☐ (9)

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

	Nom(s) de famille (3)	Prénom(s) (4)	Date de naissance	N° d'identification personnel
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 Le coût de ces prestations est à votre charge, la date à prendre pour point de départ du calcul du forfait visé à l'article 94 du règlement (CEE) n° 574/72 est le .....

(2)

▼**M11**

E 109

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

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

Indications pour l'assuré

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

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

en **Belgique,** *la* «mutualité/ziekenfonds» (caisse de maladie) *choisie;*
en **République tchèque,** *le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;*
au **Danemark,** *l'autorité locale du lieu de résidence;*
en **Allemagne,** *la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;*
en **Estonie,** *l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);*
en **Grèce,** *en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;*
en **Espagne,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de sécurité sociale) du lieu de résidence;*
en **France,** *la Caisse primaire d'assurance maladie;*
en **Irlande,** *le «Health Board» (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;*
en **Italie,** *en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;*
à **Chypre,** *«Υπουργείο Υγείας» (ministère de la Santé,1448 Nicosie), les institutions de maladie et de maternité. Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées;*
en **Lettonie,** *la «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);*
en **Lituanie,** *le «Territorial Patient Fund» (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;*
au **Luxembourg,** *la Caisse de maladie des ouvriers;*
en **Hongrie,** *la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance-maladie) compétente;*
à **Malte,** *l'unité «Droits» (Entitlement Unit) du ministère de la santé, 23, John Street, La Valette;*
aux **Pays-Bas,** *une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;*
en **Autriche,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;*
en **Pologne,** *l'agence locale du «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence;*
au **Portugal,** ***pour le continent:*** *le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour* ***Madère:*** *le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour* ***les Açores:*** *le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de pestations en epèces), du lieu de résidence;*
en **Slovénie,** *l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;*
en **Slovaquie,** *la «zdravotná poisťovňa» (l'institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;*
en **Finlande,** *l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales);*
en **Suède,** *le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence;*
au **Royaume-Uni,** *le «Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Center» (ministère du travail et des pensions, le service des pensions, Centre pour des pensions internationales), Tyneview Park, à Newcastle upon Tyne, ou, pour l'Irlande du Nord, «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (ministère pour le développement social, filiale pour les prestations d'outre-mer), Block 2, Castle Buildings, à Belfast, suivant le cas;*
en **Islande,** *le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;*
au **Liechtenstein,** *l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;*
en **Norvège,** *le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence;*
en **Suisse,** *l'«Institution commune LAMal – Istituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn.*

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

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

▼M11

E 109

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

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

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

(5) Mettre une croix dans la case qui précède, si le formulaire est destiné à une institution irlandaise britannique.

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

(7) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution grecque, hongroise ou britannique de travailleurs salariés ou non salariés.

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

(9) Remplir le cadre 9 ou 10 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

▼**M10**

▼**M6**

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» pages 2 et 3

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 22 bis*; article 31.a; article 34* bis
Règlement 574/72: article 20.4; article 21.1; article 23; article 31.1 et 3

ATTENTION! CE DOCUMENT N'OUVRE AUCUN DROIT SI LE BUT DU VOYAGE EST DE RECEVOIR UN TRAITEMENT MÉDICAL À L'ÉTRANGER .

1 ☐ Travailleur salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés) ☐ Étudiant

☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés) ☐ Autre personne assurée

(Nom ([1 bis]), Noms antérieurs ([1 bis]), D.N.I. ([2 bis]), Adresse ([2]))

1.1 Numéro d'identification ([2 ter]): ..... Date de naissance: .....

2 Membres de la famille ([3])

2.1 Nom ([1 bis])	Prénoms	Noms antérieurs	Date de naissance	N° d'identification ([2 ter])
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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 ..... inclus

3.2 ([5]) ☐ à partir du .....

▼M6

E 111

4 Institution compétente

4.1 Dénomination: ..... N° de code ([6]): .....

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 .....

5 Institution française compétente pour les accidents de la vie privée des non salariés agricoles

5.1 Dénomination: ..... N° de code ([6]): .....

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 se compose de 3 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile

L'institution compétente ou, le cas échéant, l'institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente ou du membre de la famille du travailleur 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:*

— *en cas de nécessité immédiate, au travailleur salarié ou non salarié, à l'étudiant ou à une autre personne assurée et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire dans un autre État membre que l'État compétent, et*

— *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 État membre que celui où ils ont leur résidence habituelle,*

d'obtenir des organismes assureurs de l'État de séjour les prestations en nature en cas de maladie, (y compris en cas de maladies chroniques et de maladies préexistantes) 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» compétente (administration départementale). Dans la commune de Copenhague: le «magistrat» (administration communale); dans la commune de Frederiksberg: le «kommunalbestyrelse» (administration communale). 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 auxquels il faut s'adresser peuvent être obtenus auprès du «social- og sundhedsforvaltning» (bureau local des services sociaux et de la santé);*

en **Allemagne,** *la caisse de maladie 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;**

▼M6

E 111

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

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

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

en **Italie,** *en règle générale, l'«Unità sanitaria locale» (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) compétent selon le territoire;*

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

aux **Pays-Bas,** *l'«ANOZ Verzekeringen» (Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), à Utrecht. L'assistance du médecin, du dentiste et du pharmacien peut être demandée sans contact préalable avec l'«ANOZ Verzekeringen»; en cas d'hospitalisation, la demande d'admission et le formulaire E 111 sont envoyés par l'hôpital à l'ANOZ-Verzekeringen;*

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

au **Portugal, pour le continent:** *l'«Administração Regional de Saúde» (administration régionale de santé) du lieu de séjour;* **pour Madère:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (direction régionale de santé publique), à Funchal;* **pour les Açores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (direction régionale de santé), à Angra do Heroísmo;*

en **Finlande,** *l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales), en cas de remboursement de frais médicaux encourus dans le secteur privé. Vous pouvez obtenir des prestations en nature auprès des centres sanitaires municipaux et des hôpitaux publics sur présentation de cette attestation;*

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

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

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

en **Norvège**, *le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance). L'assistance des services médicaux peut être obtenue sans contact préalable avec ladite institution sur présentation de ce formulaire.*

c) Pour obtenir les prestations en espèces, l'intéressé transmet à l'institution du lieu de séjour une notification de l'arrêt de travail dans les trois jours suivant le commencement de l'incapacité de travail ou, si la législation appliquée par l'institution compétente ou par l'institution du lieu de séjour le stipule, un certificat d'incapacité de travail émis par son médecin traitant.

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 le 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.

(1 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.

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

(2 bis) Pour les ressortissants espagnols, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée.

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

(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.

(6) À compléter si elle en dispose.

▼M6

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

RÉGIME NON SALARIÉS

E 111 **B** (1)

ATTESTION 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

ATTENTION! CE DOCUMENT N'OUVRE AUCUN DROIT SI LE BUT DU VOYAGE EST DE RECEVOIR UN TRAITEMENT MÉDICAL À L'ÉTRANGER.

1 ☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente — [Nom (1 bis), noms antérieurs (1 bis), prénoms, adresse (2)]

1.1 Numéro d'identification (1 ter): ..... Date de naissance: .....

2 Membres de la famille (3)

2.1 Nom (1 bis)	Prénoms	Noms antérieurs	Date de naissance	N° d'identification (1 ter)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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

UNIQUEMENT HOSPITALISATION

3 Les personnes précitées ont droit aux prestations uniquement en cas d'hospitalisation.
Ces prestations peuvent être servies
3.1 du ..... au ..... inclus.

4 Institution compétente

4.1 Dénomination: ..... N° de code (5): .....
4.2 Adresse (2): .....
.....
4.3 Cachet

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

4.6 Validation du ..... au .....
4.7 Cachet 4.8 Date:
.....
4.9 Signature
.....

4.10 Validation du ..... au .....
4.11 Cachet 4.12 Date:
.....
4.13 Signature
.....

①

▼M6

RÉGIME NON SALARIÉS | **E 111** | **B**

4.14 Validation du ..... au ..... 4.15 Cachet 4.16 Date: ..... 4.17 Signature	4.18 Validation du ..... au ..... 4.19 Cachet 4.20 Date: ..... 4.21 Signature .....

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 non salarié et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire dans un autre État membre que l'État compétent, et*
- *au titulaire de pension ou de rente du régime non salariés et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire dans un autre État membre que celui où ils ont leur résidence habituelle,*

d'obtenir des organismes assureurs de l'État de séjour les prestations en nature uniquement en cas d'hospitalisation (y compris en cas de maladies chroniques et de maladies préexistantes).

b) *Quand un des intéressés doit être hospitalisé, ce document doit être présenté à l'organisme assureur du pays de séjour, c'est-à-dire:*

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). Le formulaire doit être présenté à chaque demande de prestation;*

en **Allemagne,** *la caisse de maladie 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,** *les services hospitaliers fournis dans le cadre du régime de la sécurité sociale. Joindre une photocopie au formulaire;*

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

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

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

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

aux **Pays-Bas,** *«l'ANOZ Verzekeringen» (Mutualité générale de maladie des Pays-Bas), à Utrecht;*

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

au **Portugal, pour le continent:** *l'«Administração Regional de Saúde» (administration régionale de santé du lieu de séjour);* **pour Madère:** *la «Direcção Regional de Saúde Pública» (direction régionale de santé publique), à Funchal;* **pour les Açores:** *la «Direcção Regional de Saúde» (direction régionale de santé), à Angra do Heroísmo;*

en **Finlande,** *l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales) et l'hôpital pratiquant le traitement. Ce formulaire doit être présenté à chaque demande de prestations;*

en **Suède,** *le «försäkringskassan» (office des assurances sociales) du lieu de séjour;*

en **Islande,** *le «Tryggingastofnun rikisins» (Institut national de la sécurité sociale), 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 séjour.*

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 le formulaire: B = Belgique.

([1 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.

([1 ter]) Pour les ressortissants italiens, indiquer, si possible, le numéro d'immatriculation et/ou le «codice fiscale».

([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]) À compléter si elle en dispose.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 112 [ ] (1)

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

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

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

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

1. ☐ Assuré ☐ Membre de la famille de l'assuré
☐ Travailleur non salarié ☐ Membre de la famille d'un travailleur non salarié
☐ Titulaire de pension ou de rente (salarié) ☐ Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente (salarié)
☐ Titulaire de pension ou de rente (non salarié) ☐ Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente (non salarié)

1.1 Nom(s) (2) de famille:
.....

1.2 Prénom(s) (3): Date de naissance:
....

1.3 Nom(s) antérieur(s): .....

1.4 Adresse dans le pays compétent:
.....

1.5 Adresse dans le pays où l'intéressé se rend:
.....
.....

1.6 N° d'identification personnel (4):

2. La personne indiquée ci-dessus est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature
☐ de l'assurance maladie-maternité ☐ de l'assurance accidents de la vie privée (5)
à/au/en ..... (pays), où elle se rend

2.1 ☐ pour y établir sa résidence

2.2 ☐ pour y recevoir des soins auprès de (6)
.....
.....
ou de tout autre établissement de nature similaire en cas de transfert rendu médicalement nécessaire par son traitement.

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

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

4. Le rapport de notre médecin contrôleur

4.1 ☐ est joint au présent formulaire sous pli fermé

4.2 ☐ a été adressé le ..... à (7) .....

4.3 ☐ peut être envoyé sur demande

4.4 ☐ n'a pas été établi

5. Institution compétente

5.1 Dénomination: .....

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

5.3 Adresse: .....
.....

5.4 Cachet

5.5 Date: .....

5.6 Signature:
.....

▼M11

E 112

Indications pour le bénéficiaire

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

en **Belgique,** *la mutualité choisie;*
en **République tchèque,** *le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie choisi;*
au **Danemark,** *le prestataire de soins, généralement le médecin généraliste qui vous enverra chez un spécialiste;*
en **Allemagne,** *la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) de votre choix;*
en **Estonie,** *l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);*
en **Grèce,** *en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;*
en **Espagne,** *les services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales espagnoles. Joindre une photocopie au formulaire;*
en **France,** *la Caisse primaire d'assurance maladie;*
en **Irlande,** *le «Health Board» (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;*
en **Italie,** *en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;*
à **Chypre,** *«Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé,1448 Nicosie);*
en **Lettonie,** *la «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);*
en **Lituanie,** *le «Territorial Patient Fund» (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;*
au **Luxembourg,** *la Caisse de maladie des ouvriers;*
en **Hongrie,** *le prestataire de soins auquel le traitement est demandé;*
à **Malte,** *le service national de santé (le médecin, le dentiste, l'hôpital, le centre de santé) où les soins sont dispensés;*
aux **Pays-Bas,** *toute caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou, en cas de séjour temporaire, l'«Agis zorgverzekeringen», à Utrecht;*
en **Autriche,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;*
en **Pologne,** *l'agence locale du «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;*
au **Portugal, pour le continent:** *le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence ou de séjour; pour* **Madère:** *le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour* **les Açores:** *le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de pestations en epèces), du lieu de séjour;*
en **Slovénie,** *l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) du lieu de résidence ou de séjour;*
en **Slovaquie,** *la «Zdravotná poisťovňa» (l'institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée. En ce qui concerne les prestations en espèces, la «Sociálna poisťovňa» (le Bureau d'assurance sociale), à Bratislava;*
en **Finlande,** *l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales). Le formulaire doit être remis au centre de santé municipal ou à l'établissement hospitalier public pratiquant le traitement;*
en **Suède,** *le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales). Le formulaire doit être présenté à l'institution pratiquant le traitement;*
au **Royaume-Uni,** *le service médical (médecin, dentiste, hôpital, etc.) auquel le traitement est demandé;*
en **Islande,** *le «Tryggingastofnun 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);*
en **Suisse,** *l'«Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn. Le formulaire doit être présenté au médecin ou à l'institution pratiquant le traitement.*

NOTES

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

———

▼M5

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALISATION, NOTIFICATION D'ENTRÉE ET DE SORTIE

Réglement 1408/71: article 19; article 22; article 22 bis; *article 22* ter; *article 25.1 et 3.i; article 26; article 31.a; article 34* bis; *article 34* ter; *article 52.a; article 55.1*
Règlement 574/72: article 17.6; article 20.5; article 21.2; article 22.2 et 3; article 23; article 26.3; article 27; article 28; article 31.2 et 3; article 60.5; article 62.7; 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 salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés) ☐ Étudiant
☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés) ☐ Autre personne assurée
☐ Travailleur en chômage ☐ Demandeur de pension ou de rente

2.1 Nom (2 bis)
.....
2.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 bis) ..... Date de naissance .....
2.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2):
.....
.....
2.4 Numéro d'identification (2 ter): .....

3 Membre de la famille hospitalisé

3.1 Nom (2 bis)
.....
3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 bis) ..... Date de naissance .....
3.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2) (3):
.....
3.4 Numéro d'identification (2 ter): .....

4 Référence:
4.1 ☐ votre formulaire ..... du ..... (4)
4.2 ☐ votre 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) ☐ d'accident de la vie privée (8)
5.4 L'hospitalisation se prolongera probablement jusqu'au .....
5.5 ☐ (9) Pièces justificatives ou rapport médical en annexe.

①

▼M5

E 113

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 .....

INSTRUCTIONS

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

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 le 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) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(2 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.

(2 ter) Pour les ressortissants espagnols, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée, ou passeport/NIF. Pour les ressortissants italiens, indiquer, si possible, le numéro d'immatriculation et/ou le «codice fiscale». Pour les personnes assurées en Suède, indiquer le numéro d'identification personnel national.

(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 ou au Liechtenstein, indiquer ci-après les nom et adresse de l'employeur:

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (2): .....

.....

(7) À indiquer si possible.

(8) À remplir pour les besoins des institutions françaises de travailleurs non salariés agricoles et pour les besoins des institutions portugaises.

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

▼M5

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 114 ☐ (1)

OCTROI DE PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE

Règlement 1408/71: article 19; article 22; article 22 bis; article 22 ter; article 24; article 25.1 et 3.i; article 26; article 31.a; article 34 bis; article 34 ter; article 52.a; article 55.1
Règlement 574/72: article 17.7; article 20.5; article 21.2; article 22.2 et 3; article 23; article 26.3; article 27; article 28; article 31.2 et 3; article 60.6; article 62.7; 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 salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés) ☐ Étudiant
☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés) ☐ Autre personne assurée
☐ Travailleur en chômage ☐ Demandeur de pension ou de rente

2.1 Nom (3 bis)
.....
2.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (3 bis) ..... Date de naissance .....
2.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2):
.....
.....
2.4 Numéro d'identification (3 ter): .....

3 Membre de la famille concerné

3.1 Nom (3 bis)
.....
3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (3 bis) ..... Date de naissance .....
3.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2) (4):
.....
3.4 Numéro d'identification (3 ter): .....

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: .....
.....
5.3 dont le coût ☐ probable ☐ effectif est, au sens de notre législation, de ..... (6)
6 ☐ Vous trouverez en annexe le rapport médical de contrôle (7)
7 Les prestations citées au point 5.2 (8)
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.

①

▼M5

E 114

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: ..... N° de code (9): .....

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

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 le formulaire: B = Belgique; DK = Danemark; D = Allemagne; GR = Grèce; E = Espagne; F = France; IRL = Irlande; I = Italie; L = Luxembourg; NL = Pays-Bas; P = Portugal; FIN = Finlande; S = Suède; GB = Royaume-Uni; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège.

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

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

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (2): .....

.....

(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'immatriculation et/ou le «codice fiscale».

(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) Le montant est à indiquer dans la monnaie du pays de séjour ou de résidence.

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

(8) Lorsqu'il s'agit d'un travailleur non salarié belge, porter en compte **uniquement** les prestations en nature en cas d'hospitalisation.

(9) À compléter si elle en dispose.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 115 [ ] (1)

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

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

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

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

1. Institution compétente

1.1. Dénomination: .....

1.2. Adresse: .....

.....

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

.....

2. ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur au chômage

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

2.2 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

2.3 N° d'identification personnel:

.....

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

3. Employeur (4)

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse: .....

.....

A. ☐ (5) **Demande de prestations**

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

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

☐ d'incapacité de travail

à la suite d'un(e)

4.1 ☐ maladie ☐ maternité (date présumée de l'accouchement: .....)

☐ accident du travail ☐ accident survenu le ..... (date)

☐ maladie professionnelle ☐ adoption ☐ indemnité réduite en cas de maternité et d'adoption

▼M11

E 115

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. ☐ Nous sommes disposés à servir les prestations en espèces à l'intéressé pour votre compte. Veuillez nous faire savoir si vous êtes d'accord sur cette procédure et, dans l'affirmative, nous fournir toutes les indications utiles en vue du paiement des prestations (8).

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

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

11. Comme suite à

11.1 ☐ notre formulaire E 115 du ..... (date)

11.2 ☐ votre formulaire E 117 du ..... (date)

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

12. Institution du lieu de résidence ou de séjour

12.1 Dénomination: .....

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

12.3 Adresse: .....
.....

12.4 Cachet

12.5 Date: .....

12.6 Signature:
.....

▼M11

E 115

Indications pour les personnes concernées

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

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

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

(3) À remplir uniquement lorsque le formulaire concerne un demandeur d'emploi.

(4) Pour les demandeurs d'emploi, indiquer le dernier employeur.

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

(6) En ce qui concerne les personnes assurées auprès d'une caisse de maladie allemande ou d'une institution autrichienne ou belge, lorsque l'institution de sécurité sociale du lieu de résidence ignore la date exacte à laquelle l'intéressé a quitté l'hôpital au moment où elle établit le présent formulaire, elle est tenue de fournir ce renseignement ultérieurement dans les plus brefs délais.

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

(8) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, italienne, hongroise ou polonaise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.

▼**M11**

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 116 [ ] (1)

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii, 1 b ii et 1 c ii; article 22 ter*; article 25 1 b; article 34* ter*; article 52 b; article 55.1 a ii; 1 b ii et 1 c ii*
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64; article 65.2 et 4

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 115 à annexer au présent formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité (2).

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

1. Institution compétente destinataire

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

2. Annexe au formulaire E 115 du ..... (date)

3. Personne concernée

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

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

▼M11

E 116

A. Rapport général

5. À remplir dans tous les cas

5.1 Anamnèse et symptômes actuels: .....

.....

.....

5.2 Examen clinique: .....

.....

.....

5.3 Autres constatations: .....

.....

.....

5.4 Examens techniques (4): .....

.....

.....

5.5 Diagnostic: .....

.....

.....

5.6 Conclusions: .....

.....

.....

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

5.8 ☐ L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir

du ..... jusqu'au .....

5.9 ☐ L'intéressé est reconnu partiellement incapable de travailler

(..... %) du ..... jusqu'au ..... (5)

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

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

B. Rapports en cas d'accident du travail

6. Premier rapport médical

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

6.4 La victime est soignée

☐ à son domicile ☐ au cabinet du médecin

☐ à l'hôpital ☐ dans un autre lieu

Adresse (8):

.....

.....

▼M11

E 116

7. Dernier rapport médical

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

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

7.3 ☐ sans séquelles

7.4 ☐ et auront probablement les conséquences suivantes:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8. Institution du lieu de résidence ou de séjour:

8.1 Dénomination: .....

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

8.3 Adresse: .....

.....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature:

.....

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Il n'y a pas lieu d'établir le formulaire E 116 pour les demandes de prestations de maternité payables par la Belgique. *Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance maladie. En République tchèque, au Liechtenstein, en Finlande, en Norvège et en Suède, le formulaire est rempli par le médecin consulté par l'intéressé et est vérifié par l'institution d'assurance.*

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

(4) Indiquer le type d'examen et la date.

(5) Pour les besoins des institutions norvégiennes.

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

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

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 117 [ ] (1)

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii; article 22 ter*; article 34* ter*; article 25.1 b; article 52.b; article 55.1 a ii*
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.6 et 8; article 24; article 26.7; article 61.6 et 8; article 64

L'institution compétente remplit le présent formulaire et l'adresse à l'institution du lieu de résidence ou de séjour. L'institution compétente doit également informer le travailleur dans le cas où les prestations en espèces sont versées par l'institution du lieu de résidence.

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

1. Institution du lieu de résidence ou de séjour

1.1 Dénomination: .....

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

1.3 Adresse: .....

.....

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

3. ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur au chômage

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

....

3.2 Prénom(s): Date de naissance:

....

3.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour: .....

.....

3.4 N° d'identification personnel:

.....

4. La personne indiquée au cadre 3

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

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

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

5. Ces prestations seront servies (3)

5.1 ☐ par nos soins

5.2 ☐ par vos soins pour notre compte (4)

5.3 ☐ par l'employeur (5)
du .....au ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 L'indemnité doit être servie pour tous les jours de la semaine, sauf
☐ le lundi ☐ le mardi ☐ le mercredi ☐ le jeudi ☐ le vendredi ☐ le samedi ☐ le dimanche

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

6.3 ☐ Lorsque les indemnités sont dues pour un mois entier, elles sont accordées pour trente jours, que le mois ait plus de trente jours ou moins.

▼M11

E 117

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

7.1 ☐ d'un examen ([10]): .....

7.2 ☐ d'un contrôle administratif: .....

7.3 ☐ d'un nouveau contrôle médical, à effectuer vers le ..... (date)

8. Institution compétente

8.1 Dénomination: .....

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

8.3 Adresse: .....

.....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature:

.....

NOTES

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

([2]) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.

([3]) Ce renseignement est superflu dans le cas des demandeurs d'emploi pour lesquels a été émis un formulaire E 119.

([4]) L'institution compétente peut indiquer le mode de paiement à cet endroit.

([5]) Lorsque ce formulaire est adressé à une institution française, polonaise, italienne ou hongroise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.

([6]) À remplir par les institutions danoises, allemandes, luxembourgeoises, polonaises, hongroises et slovaques.

([7]) À remplir par les institutions allemandes, luxembourgeoises, polonaises, slovaques et espagnoles.

([8]) À remplir uniquement dans le cas indiqué au point 5.2

([9]) Indiquer le montant en monnaie nationale.

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 118 [ ] (1)

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii, bb ii, c ii; article 22 ter; article 25.1 b; article 34 ter; article 52.b; article 55.1 a ii, b ii, c ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.4 et 6; article 24; article 26.5 et 7; article 61.4 et 6; article 64

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

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

1. Bénéficiaire

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

1.2 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

1.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour: .....

1.4 N° d'identification personnel: .....

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

2.1 Dénomination: .....

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

2.3 Adresse: .....

3. ☐ Des faits qui ont été portés à notre connaissance

☐ Du contrôle effectué par notre médecin, le ..... (date),
il ressort que

3.1 ☐ votre incapacité de travail n'est que partielle

3.2 ☐ vous avez droit à une indemnité partielle d'un montant de ..... (2)
à partir du ..... (date)

3.3 ☐ vous n'êtes pas incapable de travailler

3.4 ☐ votre incapacité de travail a pris fin le ..... (3)

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

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

3.7 ☐ Vous n'avez pas droit à des prestations parce que .....

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

4.1 Dénomination: .....

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

4.3 Adresse: .....

4.4 Cachet

4.5 Date: .....

4.6 Signature: .....

▼M11

E 118

Indications pour le travailleur salarié, non salarié ou au chômage

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

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

▼M11

E 118 Annexe

VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

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

1. Belgique

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

Par tribunal du travail compétent, il faut entendre:

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

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

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

2. République tchèque

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

3. Danemark

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

4. Allemagne

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

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

5. Estonie

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

6. Grèce

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

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

7. Espagne

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

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

8. France

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

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

9. Irlande

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

▼M11

E 118 Annexe

10. Italie

Décisions de l'INPS (maladie et maternité)

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

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

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

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

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

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

11. Chypre

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

12. Lettonie

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

Dénomination: .....

Adresse:

.....

.....

13. Lituanie

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

14. Luxembourg

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

15. Hongrie

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

16. Malte

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

17. Pays-Bas

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

18. Autriche

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

19. Pologne

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

20. Portugal

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

— si l'incapacité de travail n'a pas été reconnue, introduire un recours auprès de la «Commissão Instaladora da Administração Regional da Saúde» (commission administrative régionale de la santé) dans un délai de huit jours à compter de la date de réception de sa notification, ou

— si une demande de prestations en nature a été rejetée pour des raisons administratives, introduire un recours auprès du tribunal administratif compétent au niveau local (Tribunal Administrativo de Circulo) dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa notification.

▼M11

E 118 Annexe

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

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

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

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

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

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

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

27. Liechtenstein

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

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

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

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

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

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

▼M10

COMMISSION ADMINISTRATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 119 ☐ (1)

ATTESTATION CONCERNANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES DES TRAVAILLEURS EN CHÔMAGE ET DES MEMBRES DE LEUR FAMILLE

(Ce formulaire doit être remis aux travailleurs en chômage 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.)

Informations relatives au bénéficiaire

1. Nom(s): ☐☐

2. Prénom(s): ☐☐☐

3. Date de naissance: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

4. Numéro d'identification personnel (2): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. Adresse dans le pays où il cherche du travail: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Informations relatives à l'institution du lieu de résidence ou du lieu de séjour(3)

6. Nom de l'institution: ☐☐

7. Numéro d'identification de l'institution : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

8. Adresse: ☐☐

9. Votre formulaire ☐ E 107 du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ E 115 du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

10. L'intéressé désigné ci-dessus a droit aux prestations en espèces

10.1 ☐ pour lui-même

10.2 ☐ pour les membres de sa famille

▼**M10**

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

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

11.2 ☐ pour les cas de maladie survenus jusqu'au ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ inclus,

pendant ☐☐ jours ☐☐ semaines

12. Ces prestations en espèces sont servies

12.1 ☐ par nos soins

12.2 ☐ par vous pour notre compte

13. L'indemnité devra être servie

13.1 ☐ pour les mêmes jours de la semaines que ceux prévus pour l'assurance chômage

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

14. Le montant journalier net de cette indemnité ([4])

14.1 ☐ est égal à celui de la part de l'assurance chômage

14.2 ☐ est de ..... si l'assuré n'est pas hospitalisé
de ..... en cas d'hospitalisation

Informations relatives à l'institution compétente

15. Nom de l'institution: ☐☐

16. Numéro d'identification de l'institution: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Adresse: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

18. Cachet:

19. Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

20. Signature:

▼**M10**

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie

Indications pour le chômeur

Pour obtenir les prestations en espèce pour vous-même en cas d'incapacité de travail ou d'hospitalisation, vous devez présenter (sauf si vous vous trouvez aux Pays-Bas) le formulaire ci-dessus ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail délivré par votre médecin traitant à l'institution suivante:

en **Belgique**, la mutualité choisie;
au **Danemark**, la «kommunekantoret på opholdssteded» (l'administration communale du lieu de séjour);
en **Allemagne**, la caisse de maladie que vous avez choisie;
en **Grèce**, en règle générale, 1'office régional ou local de l'institut des assurances sociales (IKA);
en **Espagne**, la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'institut national de la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence ;
en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie;
en **Irlande**, le «Department of social and Family Affairs, EC Record Section» (le département des affaires sociale et familiales, service archives CE), Dublin 2;
en **Italie**, 1'«Azienda sanitaria locale» (ASL);
au **Luxembourg**, la Caisse de maladie des ouvriers;
aux **Pays-Bas**, vous devez déclarer votre incapacité de travail au bureau de district du «Gemeenschappelijk Administratie – kantoor» (GAK) (bureau administratif commun) qui vous sert les prestations de chômage;
au **Portugal:** pour le continent: au «Centro Regional de Segurança Social» (centre régional de sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence; pour **Madère:** la «Direcçao Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale) à Funchal; pour **les Açores:** la «Direcçao Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale) à Angra do Heroismo;
au **Royaume-Uni:** le «Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre (ministère du travail et des pensions, direction des pensions, service international), Tyneview Park», à Newcastle-upon-Tyne, ou pour l'Irlande du Nord au «Department for Social Development, Overseas Benefits Unit, Block 2, Castle Buildings» (ministère du développement social, service international), à Belfast, suivant le cas;
en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour votre lieu de résidence ou de séjour;
en **Finlande**, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (institution d'assurances sociales);
en **Islande**, le «Tryggingastofnun rikisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;
au **Liechtenstein**, 1' «Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;
en **Norvège**, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence ou de séjour;
en **Suède**, le «försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence ou de séjour.
en **Suisse**, l'«Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG» (institution commune relevant de la loi fédérale sur l'assurance maladie), à Soleure;
en **République tchèque**, «územní organizační jednotky České správy sociálního zabezpečení»;
en **Lettonie**, la «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (agence nationale d'assurance sociale);
en **Lituanie**, «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai» (bureaux régionaux de l'institution nationale d'assurance sociale);
en **Slovaquie**, «Sociálna poisťovňa» (Bureau d'assurance sociale), à Bratislava;
en **Estonie**, «Eesti Haigekassa» (Caisse d'assurance maladie estonienne);
à **Malte**, le département de la Sécurité sociale, à La Valette;
en **Pologne**, «Wojewódzkiego Urzędu Pracy» (WUP);
en **Hongrie**, le «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (Fonds local d'assurance maladie) compétent.
en **Slovénie**, l'unité régionale compétente pour le lieu de résidence ou de séjour du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Institut slovène d'assurance maladie);
à **Chypre**, le ministère de la santé.

▼**M10**

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique, DK = Danemark, DE = Allemagne, GR = Grèce, ES = Espagne, FR = France, IE = Irlande, LU = Luxembourg, FI = Finlande, SE = Suède, IT = Italie, NL = Pays-Bas, AT = Autriche, PT = Portugal, UK = Royaume-Uni, NO = Norvège, IS = Islande, LI = Liechtenstein, CZ = République tchèque, CY = Chypre, EE = Estonie, LV = Lettonie, LT = Lituanie, HU = Hongrie, MT = Malte, PL = Pologne, SI = Slovénie, SK = Slovaquie, CH = Suisse.

(2) Si le membre de la famille ne dispose pas d'un numéro d'identification personnel, mentionner le numéro d'identification de la personne dont dérivent les droits de la personne concernée.

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

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

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

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

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

A. Notification du droit

1. Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....
1.4 Référence: votre formulaire E 107 du .....

2. Demandeur de pension ou de rente

2.1 Nom(s) de famille (3): Nom(s) de famille à la naissance (si différent):
.....
2.2 Prénom(s): Date de naissance:
....
2.3 Adresse dans le pays de résidence: .....
.....
2.4 Numéro d'identification personnel:
.....

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

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

4. Institution qui a rempli le cadre 3

4.1 Dénomination: .....
4.2 N° d'identification de l'institution: .....
4.3 Adresse: .....
.....
4.4 Cachet 4.5 Date: .....
4.6 Signature:
.....

▼M11

E 120

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

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

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

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

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

6. Institution qui a rempli le cadre 5

6.1 Nom: .....

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

6.3 Adresse: .....

.....

6.4 Cachet

6.5 Date: .....

6.6 Signature:

.....

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

7. ☐ (4)

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

.....

.....

8. ☐ (4)

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

..... (date)

9. Membres de la famille inscrits

	9.1 Noms (3) de famille	Prénom(s)	Sexe F	Sexe M	Date de naissance	N° d'identification personnel
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 N° d'identification de l'institution: .....

10.3 Adresse: .....

.....

10.4 Cachet

10.5 Date: .....

10.6 Signature:

.....

▼M11

E 120

Indications pour l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Espagne,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence. Si vous devez recourir aux prestations, vous pouvez vous adresser aux services médicaux et hospitaliers du système sanitaire de la sécurité sociale espagnole. Joindre une photocopie au formulaire;*

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

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

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

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

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

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

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

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

à ***Malte,*** *le ministère de la santé, à La Valette;*

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Islande,** *le «Tryggingastofrun 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;*

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

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) À remplir uniquement quand le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence. Si le demandeur de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

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

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 121 [ ] (1)

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

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

L'institution qui doit délivrer l'attestation conformément à l'article 29, paragraphe 2, ou à l'article 30, paragraphe 1, du règlement (CEE) n° 574/72 remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou de rente, ou au membre de sa famille, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été demandé par celle-ci. Le cas échéant, les deux exemplaires sont d'abord transmis à l'institution, qui doit remplir les cadres 6 et 7. L'institution du lieu de résidence, après réception des deux exemplaires, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution désignée au cadre 7.

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

A. Notification du droit

1. Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....
1.4 Référence: votre formulaire E 107 du .....

2. Titulaire de pension ou de rente

2.1 Nom(s) de famille (3): ..... Nom(s) de famille à la naissance (si différent): .....
2.2 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....
2.3 Adresse dans le pays de résidence: .....
.....
2.4 Date du transfert de résidence: .....
2.5 N° d'identification personnel: .....
2.6 Le titulaire de pension ou de rente était

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

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

3.1 L'intéressé désigné ci-dessus est titulaire d'une pension ou d'une rente

☐ de vieillesse ☐ d'invalidité ☐ de survie
☐ d'accident du travail ☐ de maladie professionnelle

3.2 depuis le: .....

4. Institution qui a rempli le cadre 3 (4)

4.1 Dénomination: .....
4.2 N° d'identification de l'institution: .....
4.3 Adresse: .....
.....
4.4 Cachet
4.5 Date: .....
4.6 Signature:
.....

▼M11

E 121

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

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

5.2 Prénom(s): Date de naissance:
....

5.3 Adresse dans le pays de résidence: .....
.....

5.4 N° d'identification personnel: .....

5.5 Date du transfert de résidence: .....
.....

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

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

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

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

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

6.5 ☐ durant un an à partir du ..... (6)

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

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

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

8.1 Nom: .....

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

8.3 Adresse: .....
.....

8.4 Cachet

8.5 Date: .....

8.6 Signature:
.....

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

9. ☐ (7)

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

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

9.3 ☐ Autres motifs: .....
.....
.....

▼**M11**

E 121

10. ☐ (7)

10.1 ☐ L'intéressé désigné au cadre 2

☐ L'intéressé désigné au cadre 5
a été inscrit

10.2 ☐ Le coût de ces prestations est à votre charge; la date à prendre comme point de départ pour le calcul du forfait visé à l'article 95 du règlement (CEE) n° 574/72 est le .....

11. Carte européenne d'assurance maladie

11.1 ☐ Prière de trouver en annexe, comme demandé au cadre 7, la carte européenne d'assurance maladie portant le numéro .....

11.2 ☐ Prière d'indiquer les mesures devant être appliquées concernant la carte européenne d'assurance maladie délivrée à la personne désignée dans le cadre 2 ou 5, portant le numéro ..... et valide jusque .....

12. Institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente ou du membre de sa famille

12.1 Dénomination: .....

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

12.3 Adresse: .....

.....

12.4 Cachet

12.5 Date: .....

12.6 Signature:

.....

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

Vous devez remettre au plus tôt les deux exemplaires du présent formulaire à l'institution d'assurance suivante:
en **Belgique,** *la «mutualité/ziekenfonds» (caisse de maladie) choisie;*
en **République tchèque,** *le* «Zdravotní pojišťovna», *le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;*
à **Chypre,** «Υπουργείο Υγείας» *(ministère de la santé,1448 Nicosie). Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées dans les institutions médicales de l'État;*
au **Danemark,** *la mairie du lieu de résidence;*
en **Allemagne,** *la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;*
en **Grèce,** *en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA), qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;*
en **Espagne,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence;*
en **Estonie,** *l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);*
en **France,** *la Caisse primaire d'assurance maladie;*
en **Irlande,** *le «Health Board» (Service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;*
en **Italie,** *l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;*
en **Lettonie,** *le «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);*
en **Lituanie,** *le «Teritoriné ligoniu kasa'» (fonds territorial des patients);*
au **Luxembourg,** *la Caisse de maladie des ouvriers;*
en **Hongrie,** *la «Megyei Egészségbiztositási Pénztár» (Caisse départementale d'assurance maladie) compétente;*
à **Malte,** *l'unité «Droits» (Entitlement Unit) du ministère de la santé, 23, John Street, La Valette;*
aux **Pays-Bas,** *une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;*
en **Autriche,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;*
en **Pologne,** *l'agence locale du «Narodowy Funsdusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence; the regional branch of the 'Narodowy Fundusz Zdrowia' (National Health Fund) competent for the place of residence;*
au **Portugal,** ***pour le continent:*** *le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour* ***Madère:*** *le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour* ***les Açores:*** *le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;*
en **Slovénie,** *l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;*
en **Slovaquie,** *la «zdravotná poisťovňa» (Institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;*
en **Finlande,** *l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales);*
en **Suède,** *le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence;*

▼**M11**

E 121

en **Islande,** *le «Tryggingastofrun 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;*
en **Suisse,** *l'«Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG» à Solothurn.*

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) À remplir uniquement lorsque le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence. Si le demandeur de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

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

(4) En France (en ce qui concerne les travailleurs non salariés) et en Hongrie, ce cadre doit être rempli par l'institution d'assurance maladie-maternité.

(5) En Italie, les cadres 6 et 7 doivent être remplis exclusivement par l'USL ou le ministère de la santé.

(6) Dans le cas où le formulaire, émis par une institution allemande, française, hongroise, italienne ou portugaise, concerne un membre de la famille.

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

▼M3

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 123 [ ] (1)

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

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

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

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

1. Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....
1.2 N° d'identification de l'institution: .....
1.3 Adresse: .....
.....
1.4 Référence: votre formulaire E 107 du .....

2. Assuré

2.1 Nom(s) de famille (3): .....
2.2 Nom(s) de famille à la naissance (si différent): .....
2.3 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....
2.4 N° d'identification personnel: .....
2.5 L'assuré est
☐ un travailleur salarié
☐ un travailleur non salarié
☐ un travailleur frontalier (salarié)
☐ un travailleur frontalier (non salarié)
☐ un travailleur au chômage

3. En raison

3.1 ☐ des éléments indiqués dans votre formulaire E 107 du .....
3.2 ☐ de l'accident du travail survenu le .....
et entraînant les conséquences suivantes:
.....
.....
.....
3.3 ☐ de la maladie professionnelle constatée le .....
et entraînant les conséquences suivantes:
.....
3.4 ☐ de l'autorisation que nous avons accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature à/au/en ..... (pays), où il se rend
☐ pour y établir sa résidence ☐ pour y recevoir des soins

▼**M11**

E 123

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

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

5. Le rapport de notre médecin contrôleur

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

6. Institution compétente

6.1 Dénomination: .....
6.2 N° d'identification de l'institution: .....
6.3 Adresse: .....
.....
6.4 Cachet
6.5 Date: .....
6.6 Signature:
.....

Indications pour l'assuré

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

en **Belgique,**

a) *en cas de prestations en nature accordées à la suite d'une maladie ou d'un accident privé: la mutualité choisie;*

b) *en cas de prestations en nature accordées à la suite d'une maladie professionnelle: le «Fonds des maladies professionnelles», à 1210 Bruxelles;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Italie,**

a) *pour les prestations en nature, l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire; pour les marins et le personnel navigant de l'aviation civile, le «Ministero della sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea» (ministère de la santé – Office de la santé de la marine ou de l'aviation civile), compétent selon le territoire;*

b) *pour les prothèses, le grand appareillage, les prestations médico-légales et les examens et certificats médicaux, le siège provincial de l'«Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni» (Institut national d'assurance contre les accidents du travail) (INAIL);*

▼**M11**

E 123

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Remplir uniquement lorsque le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence ou de séjour de l'intéressé. Si celui-ci se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

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

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

———

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E □□□ [ ] (1)

DEMANDE D'ALLOCATION DE DÉCÈS

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

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

1. Je soussigné/e:

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

1.2 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

1.3 N° d'identification personnel: .....

1.4 Institution auprès de laquelle je suis assuré/e (3) (4): .....

.....

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

1.6 Adresse: .....

.....

.....

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

3.

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

3.2 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

3.3 N° d'identification personnel: .....

3.4 Date du décès: .....

3.5 Cause du décès:

☐ maladie ☐ accident ☐ accident du travail

☐ maladie professionnelle ☐ acte de tiers responsable ☐ autres causes

3.6 Institution par laquelle le défunt était assuré (3) (4): .....

.....

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

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

6. Le défunt ☐ était ☐ n'était pas hébergé contre rétribution

☐ par le demandeur d'allocation

☐ dans un établissement dont le demandeur d'allocation est le gestionnaire, un membre du personnel ou un pensionnaire (6)

7. Le demandeur d'allocation ☐ est ☐ n'est pas entrepreneur de pompes funèbres, préposé ou mandataire de cet entrepreneur (6) (7)

Le demandeur d'allocation ☐ est ☐ n'est pas une personne morale de droit privé, qui en exécution d'un contrat d'assurance a pris en charge une partie ou la totalité des frais (6)

8. Les frais funéraires s'élèvent à (8) .....; ils ont été payés par .....

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

.....

.....

.....

▼M11

E 124

10. Veuillez verser le montant dû sur mon compte n° IBAN .....

auprès de la/du ..... (Code BIC/SWIFT) .....

à/au/en ..... ([9])

11. Date: .....

11.1 Signature:

.....

Indications pour le demandeur

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

– *soit à l'institution d'assurance compétente,*

– *soit à l'institution d'assurance du lieu où vous résidez, c'est-à-dire:*

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

en **République tchèque,** *l'«Úřad práce» (Office de l'emploi) du lieu de résidence ou de séjour;*

au **Danemark,** *l'«Indenrings- og Sundhedsministeriet» (ministère de l'intérieur et de la santé), à Copenhague;*

en **Grèce,** *l'office local de l'Institut des assurances sociales (IKA);*

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

en **France,** *l'organisme qui sert ou servirait les prestations en nature de l'assurance maladie;*

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

en **Italie,** *le siège provincial de l'INAIL;*

en **Lettonie,** *le «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (Agence d'assurance sociale de l'État);*

en **Lituanie,** *le «Savivaldybės socialinės paramos skyrius» (Office municipal d'assistance sociale) du lieu de résidence ou de séjour;*

au **Luxembourg,** *l'Union des caisses de maladie;*

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

en **Pologne,** *le «Zaklad Ubezpieczen Spolecznych» (Institut d'assurance sociale – ZUS), office ayant une compétence territoriale sur le lieu de résidence ou de séjour, et pour les agriculteurs, la branche régionale compétente du «Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego» (Fonds d'assurance sociale pour l'agriculture – KRUS), le «Zaklad Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji» (Office de pension du ministère des affaires intérieures et de l'administration – l'organisme de liaison pour les régimes spécifiques);*

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

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

en **Slovaquie,** *l'«úrad práce, sociálnych vecí a rodiny» (Office de l'emploi, des affaires sociales et de la famille) du lieu de résidence ou de séjour de la personne décédée;*

en **Finlande,** *la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurance sociale), à Helsinki;*

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

en **Estonie,** *la «Sotsiaalkindlustusamet» (Commission d'assurance sociale), à Tallinn;*

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

au **Liechtenstein,** *l'Office d'économie nationale;*

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

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

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

pour la **Belgique,**	*un extrait de l'acte de décès, délivré par l'administration communale;* *les factures acquittées relatives aux frais funéraires;* *tout document prouvant le lien de parenté ou d'alliance avec le défunt ou, le cas échéant, la cohabitation avec lui;*
pour le **Danemark,**	*l'acte de décès;* *lire attentivement les «vejledhing om ansøgning for begravelseshælp» (instructions pour l'introduction d'une demande d'allocation de décès) que vous recevrez ultérieurement;*
pour la **Grèce,**	*l'acte de décès, le livret de santé, les cartes d'assurances, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais funéraires;*
*pour l'***Espagne,**	*le certificat de décès; et* *l'attestation de lien de parenté ou les factures acquittées des frais funéraires si le demandeur n'a pas de lien de parenté avec le défunt;*
pour la **France,**	*dans tous les cas, le «bulletin de décès» de l'assuré,* *en outre, selon le cas,* — *si vous étiez l'époux ou l'épouse de l'assuré, la «fiche familiale» d'état civil,* — *si vous êtes son descendant (fils, fille, petit-fils, etc.), la «fiche familiale» d'état civil établissant son lien de parenté avec vous,* — *si vous êtes son ascendant (père, mère, grand-père, etc.), sa «fiche individuelle» d'état civil,* — *si vous étiez à sa charge à un autre titre, une attestation sur l'honneur, indiquant que vous étiez à sa charge totale, effective et permanente;*

▼M11

E 124

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

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

(3) À indiquer uniquement quand il s'agit d'un travailleur ou d'un titulaire (ou demandeur) de pension ou de rente.

(4) Indiquer la dénomination et l'adresse.

(5) Pour les besoins des institutions portugaises, remplir la feuille intercalaire.

(6) À compléter lorsque l'allocation est demandée au titre de la législation belge, si le demandeur d'allocation n'est pas le conjoint, ou un parent ou allié jusqu'au troisième degré du défunt.

(7) Si le demandeur d'allocation est entrepreneur de pompes funèbres, une lettre de l'avoué de l'ayant droit aux prestations doit être envoyée lorsque l'allocation est demandée au titre de la législation finlandaise ou estonienne.

(8) À indiquer dans la monnaie du pays de résidence du demandeur d'allocation.

(9) Ne s'applique pas aux institutions irlandaises.

▼**M11**

E 124 intercalaire

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS PORTUGAISES

1. Conjoint

1.1 État civil

☐ veuf/veuve ☐ remarié/e ☐ divorcé/e

1.2 Lors du décès, vivait-il/elle sous le toit et à la charge de l'assuré?

☐ oui ☐ non

2. Enfants ayant droit aux allocations familiales

	Nom(s) de famille	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance		Enfant handicapé
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼**M11**

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 125 [ ] (1)

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

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

Veuillez remplir un formulaire par bénéficiaire.

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

1. Facture n° ..... ☐ 1er semestre ☐ 2e semestre de l'exercice 20 .....

2. Institution compétente destinataire

2.1 Dénomination: .....

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

2.3 Adresse: .....

3. Bénéficiaire

3.1 Nom(s) de famille (2): .....

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

3.3 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

.....

3.4 N° d'identification personnel (3):

a) attribué par l'institution compétente

.....

b) attribué par l'institution créancière

.....

3.5 L'assuré est

☐ un travailleur salarié

☐ un travailleur non salarié

☐ un travailleur frontalier (salarié)

☐ un travailleur frontalier (non salarié)

☐ un travailleur au chômage

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

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

☐ Certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie n°: .....

daté du: ..... valable du ..... au .....

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

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

▼**M11**

E 125

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

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

7.	Réservé à l'institution du pays compétent

▼M11

E 125

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

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

(3) Lorsque le bénéficiaire est un membre de la famille inscrit au moyen du formulaire E 106, veuillez indiquer le numéro d'identification personnel de l'assuré.

(4) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.

(5) Pour les besoins des institutions suisses.

(6) Indiquer la nature des prestations: soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermale, ambulance, moyens complémentaires de diagnostic, etc.

(7) Indiquer la nature des contrôles médicaux ou des expertises médicales effectués.

(8) Il n'est pas nécessaire d'apposer un cachet sur un formulaire signé et envoyé par voie électronique.

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 126 [ ] (1)

TARIFICATION EN VUE DU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE

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

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

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

A. Demande

1. Institution destinataire (2)

1.1 Dénomination: .....

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

1.3 Adresse: .....

.....

.....

2. ☐ Ayant droit

2.1 Nom(s) de famille (3): .....

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

2.3 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

.....

2.4 N° d'identification personnel:

.....

2.5 L'assuré est/était:

☐ un travailleur salarié

☐ un travailleur non salarié

☐ un travailleur frontalier (salarié)

☐ un travailleur frontalier (non salarié)

☐ un travailleur au chômage

3. Membres de la famille ayant reçu les soins:

3.1 Nom(s) de famille (3): .....

3.2 Prénom(s): ..... Date de naissance: .....

3.3 N° d'identification personnel:

.....

4. La personne indiquée ci-dessus

4.1 durant un séjour à/au/en ..... (pays)

4.2 à .....(localité)

4.3 a payé elle-même les prestations qui lui ont été nécessaires (indiquer la nature de celles-ci): .....

5. Nous vous prions d'indiquer sur les quittances ci-jointes, pour chaque prestation qui y figure, la somme qui pourrait lui être remboursée selon les tarifs appliqués par l'institution du lieu de séjour. Uniquement pour le Luxembourg, indiquer également le montant de la participation officielle à supporter par l'assuré.

6. Ci-joint ..... quittances.

▼M11

E 126

7. Institution compétente

7.1 Dénomination: .....

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

7.3 Adresse: .....

.....

7.4 Cachet

7.5 Date: .....

7.6 Signature:

.....

B. Réponse

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

9. ☐ Montant à rembourser ..... ☐ Pas de remboursement

10. Observations: .....

.....

.....

.....

11. Institution du lieu de séjour

11.1 Dénomination: .....

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

11.3 Adresse: .....

.....

11.4 Cachet

11.5 Date: .....

11.6 Signature:

.....

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.

(2) Si l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations en nature n'est pas connue, le formulaire peut être adressé à l'organisme de liaison du pays de séjour, c'est-à-dire:

en **Belgique,** *l'institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), à Bruxelles;*

en **République tchèque,** *le «CMU» (Centre des remboursements internationaux), à Prague;*

au **Danemark,** *l'«Indenrings – og Sundhedsministeriet» (ministère de l'intérieur et de la santé), à Copenhague;*

en **Allemagne,** *la «DVKA» (Agence de liaison allemande pour l'assurance santé – affaires internationales), à Bonn;*

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

en **Grèce,** *l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA); pour les gens de mer, la caisse de retraite des marins (NAT);*

en **Espagne,** *l'«Instituto Nacional de la Seguridad Social» (l'Institut national de la sécurité sociale), à Madrid;*

en **France,** *le «Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale», à Paris;*

en **Irlande,** *le «Department of Health» (ministère de la santé), à Dublin;*

en **Italie,** *le «Ministero della Sanità» (ministère de la santé), à Rome;*

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

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

en **Lituanie,** *le «Valstybinė ligonių kasa» (Fonds national des patients), à Vilnius;*

au **Luxembourg,** *l'Union des caisses de maladie, à Luxembourg;*

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

en **Hongrie,** *l'«Országos Egészségbiztositási Pénztár» (fonds national d'assurance pension), à Budapest;*

aux **Pays-Bas,** *l'«Agis Zorgverzekeringen», à Utrecht;*

en **Autriche,** *la «Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger»(Union des institutions d'assurances sociales), à Vienne;*

en **Pologne,** *le «Narodowy Fundusz Zdrowia» (le fonds de santé national), à Varsovie;*

au **Portugal,** *le «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (ministère des relations internationales et des conventions de sécurité sociale), à Lisbonne;*

en **Slovénie,** *la «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija» (Direction de l'Institut d'assurance maladie de Slovénie), à Ljubljana;*

en **Slovaquie,** *l'«Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou» (Autorité de contrôle des soins de santé), à Bratislava;*

▼**M11**

E 126

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

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

▼M11

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

E 127 [ ] (1)

RELEVÉ INDIVIDUEL DES FORFAITS MENSUELS

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

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

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

1.

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

2. Institution compétente

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

3. Le droit aux prestations en nature est ouvert du chef du

☐ travailleur salarié ☐ titulaire de pension ou de rente
☐ travailleur non salarié

3.1 Nom(s) de famille (3): .....
3.2 Nom(s) de famille à la naissance (si différent): .....
3.3 Prénom(s): ..... Date de naissance: ....
3.4 N° d'identification personnel attribué par l'institution compétente:
.....
3.5 N° d'identification personnel attribué par l'institution créancière:
.....

4. Le présent relevé individuel concerne:

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

▼M11

E 127

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

E ..... du ..... (date)

6. Pour la période pendant laquelle ce droit a subsisté

(du ..... au .....)

6.1 Le nombre de forfaits mensuels est de .....

6.2 ☐ par famille, quel que soit le nombre de membres, en appliquant un seul tarif;

☐ par titulaire de pension ou de rente et membre de sa famille – pour chaque formulaire E et application du même tarif pour le titulaire de pension ou de rente et les membres de sa famille;

☐ par tête (4).

7.	Institution créancière		
7.1	Dénomination:		
7.2	N° d'identification de l'institution:		
7.3	Adresse:		
	.....		
7.4	Cachet (5):	7.5	Date: .....
		7.6	Signature:
			.....

NOTES

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse

(2) L'année à indiquer est celle pendant laquelle les prestations ont été servies.

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

(4) En cas de régime spécial de paiement forfaitaire.

(5) Il n'est pas nécessaire d'apposer un cachet sur un formulaire signé et envoyé par voie électronique.