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

►**B**

BESLUIT Nr. 153

van 7 oktober 1993

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

(Voor de EER relevante tekst)

(94/604/EG)

(PB L 244 van 19.9.1994, blz. 22)

Gewijzigd bij:

		Publicatieblad		
		nr.	blz.	datum
►**M1**	Besluit nr. 166 98/441/EG, van 2 oktober 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	gewijzigd bij besluit nr. 202 2006/203/EG, van 17 maart 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Besluit nr. 168 98/443/EG, van 11 juni 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	gewijzigd bij besluit nr. 202 2006/203/EG, van 17 maart 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Besluit nr. 179 2002/154/EG, van 18 april 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	gewijzigd bij besluit nr. 187 2003/251/EG, van 27 juni 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	gewijzigd bij besluit nr. 202 2006/203/EG, van 17 maart 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Besluit nr. 185 2003/148/EG, van 27 juni 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	gewijzigd bij besluit nr. 202 2006/203/EG, van 17 maart 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Besluit nr. 198 2004/562/EG, van 23 maart 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Besluit nr. 202 2006/203/EG, van 17 maart 2005	L 77	1	15.3.2006

Gerectificeerd bij:

►**C1** Rectificatie, PB L 289 van 10.9.2004, blz. 70 (562/2004)

▼B

BESLUIT Nr. 153

van 7 oktober 1993

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

(Voor de EER relevante tekst)

(94/604/EG)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BESLUIT:

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

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

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

▼B

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

De voorzitter van de Administratieve Commissie

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Lijst van formulieren

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

E 103 — Uitoefening van het recht van keuze

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

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

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

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

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

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

E 110 — Verklaring voor werknemers bij het internationale vervoer

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

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

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

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

E 115 — Aanvraag om uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid

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

E 117 — Toekenning van uitkeringen bij moederschap en bij arbeidsongeschiktheid

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

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

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

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

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

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

E 124 — Aanvraag om uitkering bij overlijden

E 125 — Individuele opgave van de werkelijke uitgaven

E 126 — Tarieven voor de vergoedingen van verstrekkingen

E 127 — Individuele opgave van de maandelijkse vaste bedragen

▼**M11**

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 001 [ ] (1)

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

betreffende

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

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 84

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

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

Deel A

1. Orgaan waarvoor het formulier bestemd is

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....

2. Inlichtingen betreffende de verzekerde (2)

2.1 Familienaam/-namen(3): .....
2.2 Voornaam/-namen (4): .....
2.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....

2.4 Geslacht (5): .....

3. Nationaliteit (6): .....

4. Geboorte

4.1 Datum (7): .....
4.2 Plaats (8): .....
4.3 Provincie of departement (9): .....
4.4 Land (10): .....

5. Persoonlijk identificatienummer (11)

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

6. Adres: .....
.....

7. Inlichtingen betreffende het dossier

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

▼**M11**

E 001

8. Rechthebbende (12)

8.1 Familienaam/-namen (3): .....

8.2 Voornaam/-namen (4): .....

8.3 Vroeger gevoerde namen: .....

8.4 Geboorteplaats (5): ..... Geboortedatum: .....

8.5 Geslacht: ..... Nationaliteit (6): .....

8.6 Persoonlijk identificatienummer (11):

bij het verzendende orgaan: .....

bij het orgaan waarvoor het formulier bestemd is: .....

8.7 Adres: .....

.....

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

Gelieve voor de persoon genoemd in vak ☐ 2 ☐ 8 toe te zenden:

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

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

.....

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

.....

9.4 Reden van het verzoek: .....

10. Verandering in de omstandigheden: de volgende veranderingen zijn opgetreden

.....

.....

.....

.....

11. Diversen

.....

.....

.....

.....

12. Orgaan dat deel A invult:

12.1 Naam: .....

12.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

12.3 Adres: .....

.....

12.4 Stempel

12.5 Datum: .....

12.6 Handtekening: .....

▼**M11**

E 001

Deel B

13.

Ingevolge uw verzoek van ..... doen wij u hierbij toekomen:

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

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

.....

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

.....

14.

Ingevolge uw verzoek van .....

delen wij u mee dat wij niet in staat zijn u toe te zenden:

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

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

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

14.4 ☐ Reden: .....

.....

.....

15. Diversen

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ Met betrekking tot het formulier dat u heeft verzonden op .....

bevestigen wij de ontvangst van de in vak 10 vermelde inlichtingen

17. Orgaan dat deel B invult

17.1 Naam: .....

17.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

17.3 Adres: .....

.....

17.4 Stempel

17.5 Datum:

.....

17.6 Handtekening:

.....

▼M11

E 001

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) De rubrieken 2.1 tot en met 2.4 betreffende de identificatie van de verzekerde dienen te worden ingevuld voorzover nodig.

(3) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

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

(5) „M" voor mannen en „F" voor vrouwen.

(6) Indien van toepassing, de datum van naturalisatie vermelden.

Voor Spaanse organen: voor Spaanse onderdanen het nummer op de nationale identiteitskaart vermelden (D.N.I.) en het nummer van de N.I.E bij buitenlanders, in beide gevallen ook als de kaart verlopen is. Als de betrokkene geen kaart bezit, „geen" invullen.

(7) Dag en maand moeten elk met twee cijfers aangegeven worden, en het jaar met vier cijfers (bv. 1 augustus 1921 = 01.08.1921).

(8) Voor Franse steden die meerdere arrondissementen omvatten, dient het nummer van het arrondissement te worden vermeld (bv. „Paris 14"). Voor Portugese districten ook de parochie en de gemeente vermelden.

(9) Verplicht voor verzekerden met de Spaanse, Franse of Italiaanse nationaliteit. Naar gelang van het land dient in deze rubriek de provincie of het departement van de geboorteplaats vermeld te worden (voorbeeld: in Frankrijk dient voor de geboorteplaats Lille het department te worden aangegeven,namelijk „Nord", alsmede de code van het department code, als de verzekerde die kent, in dit geval „59". De volledige vermelding moet dus zijn „Nord 59"). Voor in Spanje geboren personen alleen de provincie vermelden.

(10) Initiaal van het geboorteland van de verzekerde overeenkomstig opmerking (1).

(11) Voor Italiaanse organen: de „fiscale code" vermelden.

Voor Maltese organen: nummer van de identiteitskaart bij Maltese onderdanen, of het Maltese socialezekerheidsnummer bij niet-Maltese onderdanen.

Voor Slowaakse organen: Slowaaks geboortenummer vermelden, indien van toepassing.

(12) Invullen indien van toepassing.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 103 [ ] (1)

UITOEFENING VAN HET RECHT VAN KEUZE

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 16.2 en 16.3
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 13.2 en 13.3; artikel 14.1 en 14.2

Nadat de verzekerde deel A van het formulier overeenkomstig de punten a) en b) van de aanwijzingen heeft ingevuld, overhandigt of verzendt hij het formulier overeenkomstig de punten a) en c) van de aanwijzingen. Het orgaan dat het formulier ontvangt vult deel B in en zendt één exemplaar aan de verzekerde terug.

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

A. Keuze

1. Ondergetekende

1.1 Familienaam/-namen (2): .....

1.2 Voornaam/-namen (3): .....

1.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....

1.4 Geboortedatum: .....

1.5. Nationaliteit: .....

1.6 Persoonlijk identificatienummer (4): .....

2. Werkzaam sinds: .....

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

2.2 (4) ☐ als: .....

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

medewerker bij de volgende diplomatieke missie/consulaire post: .....

2.3 ☐ als hulpfunctionaris van de Europese Gemeenschappen.

3. Kiest voor toepassing van de socialezekerheidswetgeving van

3.1 (6) ☐ de staat waarvan hij onderdaan is.

3.2 (6) ☐ de staat waarvan de wetgeving het laatst op hem van toepassing was, te weten:

☐ België	☐ Tsjechische Republiek	☐ Denemarken	☐ Duitsland	☐ Estland
☐ Griekenland	☐ Spanje	☐ Frankrijk	☐ Ierland	☐ Italië
☐ Cyprus	☐ Letland	☐ Litouwen	☐ Luxemburg	☐ Hongarije
☐ Malta	☐ Nederland	☐ Oostenrijk	☐ Polen	☐ Slovenië
☐ Portugal	☐ Slowakije	☐ Finland	☐ Zweden	☐ Verenigd Koninkrijk
☐ IJsland	☐ Liechtenstein	☐ Noorwegen	☐ Zwitserland	

4. Plaats en datum:

.....

5. Handtekening:

.....

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

6.1 Naam: .....

6.2 Adres: .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Handtekening:

.....

▼M11

E 103

B. Verklaring

7. Wij hebben er kennis van genomen dat op de in vak 1 genoemde werknemer de wetgeving van toepassing is van ([6])

☐ België	☐ Tsjechische Republiek	☐ Denemarken	☐ Duitsland	☐ Estland
☐ Griekenland	☐ Spanje	☐ Frankrijk	☐ Ierland	☐ Italië
☐ Cyprus	☐ Letland	☐ Litouwen	☐ Luxemburg	☐ Hongarije
☐ Malta	☐ Nederland	☐ Oostenrijk	☐ Polen	☐ Slovenië
☐ Portugal	☐ Slowakije	☐ Finland	☐ Zweden	☐ Verenigd Koninkrijk
☐ IJsland	☐ Liechtenstein	☐ Noorwegen	☐ Zwitserland	

7.1 met ingang van .....

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

8. Door de bevoegde autoriteit aangewezen orgaan

8.1 Naam: .....

8.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

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

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

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

in de **Tsjechische Republiek**, *de „Česká správa sociálního zabezpečeni" (Tsjechische dienst voor sociale zekerheid), Praag;*

in **Denemarken**, *„Den Sociale Sikringsstyrelse" (Nationaal Bureau voor sociale zekerheid), Kopenhagen;*

in **Duitsland**, *het kantoor in Berlijn van de ziekteverzekering (Krankenkasse) waarvoor u gekozen hebt;*

in **Estland**, *de „Sotsiaalkindlustusamet" (Sociale Verzekeringsraad), Tallinn;*

in **Griekenland**, *voor werknemers, de regionale of plaatselijke afdeling van het Instituut voor sociale verzkeringen (IKA);*

in **Spanje**, *de „Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales" (Algemene Kas voor de sociale zekerheid – Ministerie van Arbeid en Sociale Zaken) in Madrid;*

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

in **Ierland**, *het "Department of Social and Family Affairs", Dublin;*

in **Italië**, *het bevoegde lokale kantoor van het „Istituto nazionale della previdenza sociale INPS" (National Instituut voor sociale voorzieningen), Rome;*

in **Cyprus**, *het „Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων" (Departement Sociale Verzekeringen, Ministerie van Arbeid en Sociale Verzekeringen), 1465 Lefkosia;*

in **Letland**, *het „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (Overheidsbureau Sociale Verzekering);*

in **Litouwen**, *het „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba" (Bestuur van het overheidsfonds sociale verzekering), Vilnius;*

in **Luxemburg**, *het „Centre commun de la sécurité sociale" (Gemeenschappelijk Centrum voor sociale zekerheid), Luxemburg;*

in **Hongarije**, *het „Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Regionaal Ziekenfonds voor Pest en de hoofdstad), Boedapest;*

in **Malta**, *het „Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali" (department sociale zekerheid), 38, Triq l-Ordinanza, Valletta, CMR 01;*

in **Nederland**, *de „Sociale Verzekeringsbank", Amstelveen;*

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

in **Polen**, *het „Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)" (Instituut voor sociale verzekering), Warschau;*

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

in **Slovenië**, *de bevoegde regionale dienst van de „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië);*

in **Slowakije**, *het „Sociálna poist'ovňa" (Bureau Sociale Verzekering), Bratislava;*

in **Finland**, *het „Eläketurvakeskus" (Centraal pensioenvoorzieningsinstituut), Helsinki;*

in **Zweden**, *de Försäkringskassan, Huvudkontoret (Fonds sociale verzekering, Hoofdkantoor), Stockholm;*

in het **Verenigd Koninkrijk**, *de Inland Revenue (belastingdienst), Centre for Non-Residents, Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;*

in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Socialezekerheidsinstituut), Reykjavik;*

▼M11

E 103

in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*

in **Noorwegen**, *het „Folketrygdkontoret for utenlandssaker" (het Nationale Bureau voor sociale verzekeringen in het buitenland), Oslo;*

in **Zwitserland**, *de „Caisse fédérale de Compensation" (Federaal Verzekeringsfonds), Bern.*

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

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

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

OPMERKINGEN

([1]) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

([2]) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

([3]) Alle voornamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

([4]) Voor werknemers die onder de Belgische wet vallen, het nationale registratie.

Voor werknemers die onder de Spaanse wet vallen, het socialeverzekeringsnummer aangeven.

Voor werknemers die onder de Maltese wet vallen, het nummer van de identiteitskaart aangeven bij Maltese onderdanen, of het Maltese socialezekerheidsnummer bij niet-Maltese onderdanen.

Voor werknemers die onder de Slowaakse wet vallen, het Slowaakse geboortenummer aangeven indien van toepassing.

Voor werknemers die onder de Poolse wet vallen, de PESEL- en NIP-nummers aangeven, of als dat niet mogelijk is reeks en nummer van identiteitskaart of paspoort.

([5]) Familienamen en voornamen van de werkgever aangeven.

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

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

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 104 [ ] (1)

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

ziekte — moederschap — (uitkering bij) overlijden — invaliditeit

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 9.2; artikel. 18.1; artikel 38.1; artikel 64
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 6.2; artikel 16; artikel 39.1 en 39.2; artikel 79

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

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

Deel A

1. Orgaan waaraan het formulier is gericht

1.1 Naam: .....

1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

1.3 Adres: .....

.....

2. Verzekerde

2.1 Familienaam/-namen (2): .....

2.2 Voornaam/-namen (3): ..... Geboortedatum: .....

2.3 Vroeger gevoerde naam/namen: ....

2.4 Persoonlijk identificatienummer: .....

2.5 Vanaf de in rubriek 3.1 vermelde datum heeft de verzekerde werkzaamheden uitgeoefend:

☐ in loondienst ☐ als zelfstandige in (4) .....

2.6 ☐ Naam van de laatste werkgever

☐ Laatste werkzaamheid als zelfstandige

.....

Adres: .....

.....

2.7 ☐ Vroegere werkgevers: ☐ Vroegere werkzaamheden als zelfstandige:

(naam en adres) .....

.....

.....

.....

.....

.....

3. In verband met een aanvraag van bovengenoemde verzekerde verzoeken wij u ons in te lichten over de tijdvakken van verzekering, arbeid of wonen

3.1 van .....

3.2 onder de wetgeving van uw land voor het risico van:

☐ ziekte/moederschap (5) ☐ (uitkering bij) overlijden ☐ invaliditeit (6)

▼**M11**

E 104

4. Bevoegd orgaan

4.1 Naam: .....

4.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

4.3 Adres: .....

.....

4.4 Stempel

4.5 Datum: .....

4.6 Handtekening:

.....

Deel B

5. De verzekerde genoemd in rubriek 2

5.1 ☐ is in de ziekte- en moederschapsverzekering verzekerd geweest sedert de onder 3.1 genoemde datum ([7])

5.2 ☐ heeft sinds .....

6. de volgende tijdvakken van verzekering of arbeid vervuld voor de volgende prestaties: ☐ ([5])

6.1	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.2	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.3	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.4	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.5	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.6	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.7	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.8	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.9	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
6.10	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])

7. de volgende tijdvakken van wonen vervuld:

7.1	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.2	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.3	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.4	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.5	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.6	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.7	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.8	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.9	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])
7.10	van	tot	([8])	voor ([9]) het risico van	☐ ([10])

8. Orgaan dat deel B invult

8.1 Naam: .....

8.2 Identificatienummer van het orgaan:

.....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

(2)

▼M11

E 104

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

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

(4) Land aangeven.

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

(6) Ten behoeve van Franse en Letlandse organen.

(7) Alleen invullen indien het bevoegde orgaan een Belgisch orgaan is.

(8) Indien de verklaring bestemd is voor een Belgisch, Tsjechisch, Grieks, Letlands, Litouws, Pools of Liechtensteins orgaan, door middel van de volgende code aangeven of het tijdvakken in loondienst of als zelfstandige betreft: D = in loondienst; I = als zelfstandige.

Indien de verklaring bestemd is voor een Duits, Litouws, Luxemburgs of Pools orgaan, de verzekeringstijdvakken in rubriek 7 specificeren met gebruikmaking van de volgende code: P = verplichte verzekering; F = vrijwillige verzekering.

(9) Het verzekerde risico aangeven door middel van de volgende code:

A = ziekte of moederschap; B = (uitkering bij) overlijden; O = invaliditeit.

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

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 106 [ ] (1)

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

Werknemers, zelfstandigen en inwonende gezinsleden; gezinsleden van werklozen

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.a; artikel 19.2; artikel 25.3.i
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17.1 en 17.4; artikel 27, eerste zin

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

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

A. Kennisgeving van het bestaan van het recht

1. Orgaan van de woonplaats (2)

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....
1.4 Betreft: uw formulier E 107 van .....

2. De verzekerde

2.1 Familienaam/-namen (3):
.....
2.2 Voornaam/-namen (4): ..... Geboortedatum: .....
2.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....
2.4 Adres in het land van de woonplaats: .....
.....
2.5 Persoonlijk identificatienummer:
.....
2.6 De verzekerde ☐ is een werknemer.
2.7 De verzekerde ☐ is een zelfstandige.
2.8 De verzekerde ☐ is een grensarbeider (werknemer).
2.9 De verzekerde ☐ is een grensarbeider (zelfstandige).
2.10 De verzekerde ☐ is een werkloze.

3. Gezinslid (5)

3.1 Familienaam/-namen (3):
.....
3.2 Voornaam/-namen (4): ..... Geboortedatum: .....
3.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....
3.4 Adres in het land van de woonplaats: .....
.....
3.5 Persoonlijk identificatienummer: .....

4.1 ☐ Bovengenoemde verzekerde en de inwonende gezinsleden (6)

4.2 ☐ De gezinsleden (6) van bovengenoemde werkloze

5. hebben recht op verstrekkingen wegens ziekte en moederschap
met ingang van .....

▼M11

E 106

6. De betrokkenen behouden dit recht

6.1 ☐ tot de intrekking van deze verklaring.

6.2 ☐ gedurende één jaar na de onder punt 5 aangegeven datum ([7]).

6.3 ☐ tot en met ..... ([8]).

7. Bevoegd orgaan voor de ziekte- en moederschapsverzekering

7.1 Naam: .....

7.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

7.3 Adres: .....

.....

.....

7.4 Stempel

7.5 Datum: .....

7.6 Handtekening:

.....

B. Kennisgeving van inschrijving ([9])

8.

8.1 ☐ De in vak 2 genoemde verzekerde en zijn gezinsleden

8.2 ☐ De gezinsleden van in vak 2 genoemde werkloze

8.3 ☐ werden bij ons ingeschreven op .....

8.4 ☐ kunnen niet bij ons worden ingeschreven omdat .....

.....

9.

	Familienaam/-namen ([3])	Voornaam/-namen ([4])	Vroeger gevoerde naam/namen	Geboortedatum	Persoonlijk identificatienummer
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Orgaan van de woonplaats

10.1 Naam: .....

10.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

10.3 Adres: .....

.....

.....

10.4 Stempel

10.5 Datum: .....

10.6 Handtekening:

.....

(2)

▼M11

E 106

Informatie voor de verzekerde

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

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

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

in **België**, *het gekozen ziekenfonds;*

in de **Tsjechische Republiek**, *de „Zdravotní pojišťovna", het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*

in **Denemarken**, *het gemeentebestuur van de woonplaats;*

in **Duitsland**, *de„Krankenkasse" (ziekteverzekeringsfonds) waarvoor de betrokkene heeft gekozen;*

in **Estland**,*de „Eesti Haigekassa" (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*

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

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

in **Frankrijk**, *de „Caisse primaire d`assurance-maladie" (plaatselijk ziekenfonds); bij een positief antwoord op punt 2.5 de „Société de secours minière" (Maatschappij tot bijstand voor de mijnwerkers);*

in **Ierland**, *het lokale kantoor van de Health Service Executive;*

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

in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia); de aanvrager ontvangt een medische kaart, die nodig is om verstrekkingen te verkrijgen van de medische inrichtingen van de staat;*

in **Letland**, *de „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*

in **Litouwen**, *de „Teritorinÿ ligoniÿ kasa"* (regionaal ziekenfonds)*, ziekenhuizen en kraamklinieken;*

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

in **Hongarije**, *de bevoegde „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (lokale ziekenkas);*

in **Malta**, *de Entitlement Unit, Ministry of Health, 23, John Street, Valletta;*

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

in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" waaronder de woonplaats valt;*

in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia" (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats*

in **Portugal**, *voor* **het vasteland***: het „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Districtcentrum voor solidariteit en sociale zekerheid) in de woonplaats; voor* **Madeira***: het „Centro de Segurança Social da Madeira" (Centrum voor sociale zekerheid) te Funchal; voor de* **Azoren***: het „Centro de Prestações Pecuniárias" (Centrum voor uitkeringen) in de woonplaats;*

in **Slovenië**, *het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië);*

in **Slowakije**, *het "zdravotná poisťovňa" (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft;*

in **Finland**, *de plaatselijke dienst van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering);*

in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats;*

in het **Verenigd Koninkrijk**, *het Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, of voor Noord-Ierland het Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast, naar gelang van het geval;*

in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun ríkisins" (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*

in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*

in **Zwitserland,** *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*

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

e) *U of uw gezinsleden moeten de verzekeringsinstelling waaraan u dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering in uw of hun omstandigheden waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd (beëindiging of verandering van dienstbetrekking, verandering van uw woon- of verblijfplaats of die van een van uw gezinsleden enz.).*

▼M11

E 106

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

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

(3) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

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

(5) Alleen invullen indien het formulier op de gezinsleden van een werkloze betrekking heeft. In dat geval één der gezinsleden vermelden teneinde de registratie van de gezinsleden mogelijk te maken, aangezien de wetgeving van het land van de woonplaats bepaalt welke gezinsleden rechthebbenden zijn.

(6) De wetgeving van het land van de woonplaats bepaalt welke gezinsleden rechthebbenden zijn.

(7) Indien het formulier door een Duits, Frans, Italiaans of Portugees orgaan werd uitgereikt.

(8) Indien het formulier werd uitgereikt door een orgaan van Griekenland, Hongarije of het Verenigd Koninkrijk voor werknemers of voor zelfstandigen.

(9) Indien het formulier wordt afgegeven ter vervanging van een vroeger afgegeven verklaring, is invulling van deel B niet nodig.

———

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 107 [ ] (1)

AANVRAAG VAN EEN VERKLARING INZAKE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.a en 19.2; artikel 22.1.a.i, 22.1.b.i en 22.1.c.i; artikel 22.3; artikel 25.1.a en 25.3.i; artikel 26.1; artikel 28.1.a; artikel 29.1.a; artikel 31.a; artikel 52.a en artikel 55.1.a.i, 55.1.b.i en 55.1.c.i
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17.1; artikel 21.1; artikel 22.1 en 22.3; artikel 23; artikel 27, eerste zin; artikel 28; artikel 29.2; artikel 30.1; artikel 31.1 en 31.3; artikel 60.1; artikel 62.3, 62.4 en 62.7; artikel 63.1 en 63.3

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

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

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

1. Orgaan waaraan het formulier is gericht

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....

2. ☐ de verzekerde

2.1 Familienaam/-namen (2): .....
2.2 Voornaam/-namen (3): ..... Geboortedatum: .....
2.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....
2.4 Adres: .....
.....
2.5 Persoonlijk identificatienummer (4): .....
2.6 ☐ Rechthebbende op ☐ Aanvrager van
pensioen of rente wegens
☐ ouderdom ☐ invaliditeit ☐ nagelaten betrekking
☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte
2.7 Orgaan dat het pensioen of de rente verschuldigd is
.....

3. ☐ Laatste werkgever (5) ☐ Laatste werkzaamheid als zelfstandige (5)

3.1 Naam: .....
3.2 Adres: .....
.....
3.3 Bedrijfstak (6): .....
3.4 Orgaan van de verzekering voor arbeidsongevallen waarbij de werkgever is aangesloten (7): .....
.....
.....
.....

▼**M11**

E 107

4. Gezinsleden (8)

4.1	Familienaam/-namen (2)	Voornaam/-namen (3)	Geboortedatum	Persoonlijk identificatienummer (4)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Adres in het land van de woonplaats (9): .....

.....

5. Op ..... hebben wij een aanvraag ontvangen van de persoon genoemd

☐ in vak 2 ☐ in vak 4

betreffende

5.1 ☐ toekenning van verstrekkingen

5.2 ☐ verlenging van het recht op verstrekkingen

5.3 ☐ inschrijving bij ons orgaan als rechthebbende op verstrekkingen

6. De verstrekkingen ☐ zijn toegekend ☐ zijn niet toegekend

6.1 overeenkomstig artikel ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 van Verordening (EEG) nr.574/72.

6.2 De aanvrager ☐ heeft tot nu toe niet opnieuw gewerkt

☐ heeft de volgende werkzaamheid uitgeoefend:

.....

7. Gelieve ons de verklaring betreffende het recht op verstrekkingen toe te zenden in de vorm van

☐ formulier E .....

☐ een verklaring die voorlopig de Europese Ziekteverzekeringskaart vervangt, of een Europese Ziekteverzekeringskaart (als die kan worden afgegeven onder de wetgeving van het bevoegde land)

Geldig van ..... tot en met .....

8. ☐ Medische verklaring bijgevoegd (10)

9. Orgaan van de woon- of verblijfplaats

9.1 Naam: .....

9.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

9.3 Adres: .....

.....

9.4 Stempel

9.5 Datum: .....

9.6 Handtekening:

.....

▼M11

E 107

B. In te vullen door het bevoegde orgaan

10.

10.1 ☐ Het bovenbedoelde formulier is bijgevoegd. Gelieve ons een ingevuld en ondertekend exemplaar terug te zenden ([11]).

10.2 ☐ Wij kunnen het document waarom in deel A verzocht wordt niet afgeven, omdat:

.....

.....

11. Bevoegd orgaan

11.1 Naam: .....

11.2 Identificatienummer van het orgaan:

11.3 Adres: .....

11.4 .....

.....

Stempel

11.5 Datum:

.....

11.6 Handtekening:

.....

▼M11

E 107

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

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

(4) Voor Italiaanse organen: de fiscale code vermelden.

Voor Maltese organen: nummer van de identiteitskaart aangeven bij Maltese onderdanen, of het Maltese socialezekerheidsnummer bij niet-Maltese onderdanen.

Voor Slowaakse organen: Slowaaks geboortenummer vermelden, indien van toepassing.

Voor Spaanse organen: voor Spaanse onderdanen het nummer op de nationale identiteitskaart vermelden (D.N.I.), en voor buitenlanders het nummer van de N.I.E., in beide gevallen ook als de kaart verlopen is. Als de betrokkene geen kaart bezit, „geen” invullen.

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

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

(7) Voor Spanje: „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (Provinciale Directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid) of de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina” (Provinciale Directie van het sociale instituut voor zeevarenden) voor de bijzondere regeling voor zeevarenden.

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

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

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

(11) Ten behoeve van Nederlandse en Zwitserse organen, als het terug te zenden formulier deze mogelijkheid biedt.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 108 [ ] (1)

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

Personen die in een ander dan het bevoegde land wonen

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.a en 19.2; artikel 25.3.i; artikel 26.1; artikel 28.1.a; artikel 29.1.a
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17.2 en 17.3; artikel 27; artikel 28; artikel 29.5; artikel 30; artikel 94.4; artikel 95.4

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

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

A. Kennisgeving

1. Orgaan waaraan het formulier is gericht

1.1 Naam: .....

1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

1.3 Adres: .....

.....

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

2.1 Familienaam/-namen (2): .....

2.2 Voornaam/-namen (3): ..... Geboortedatum: .....

2.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....

2.4 Adres in het land van de woonplaats: .....

.....

2.5 Persoonlijk identificatienummer (4): .....

3. Gezinslid (5)

3.1 Familienaam/-namen (2): .....

3.2 Voornaam/-namen (3): ..... Geboortedatum: .....

3.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....

3.4 Adres in het land van de woonplaats: ....

3.5 Persoonlijk identificatienummer: .....

▼M11

E 108

4. Het recht op verstrekkingen, waarvoor een verklaring werd afgegeven op ons ☐ uw ☐ formulier ..... d.d. ..... werd om de volgende reden geschorst/ingetrokken:

4.1 ☐ De verzekering van bovengenoemde werknemer of zelfstandige eindigde op .....

4.2 Geen van de ingeschreven gezinsleden van de verzekerde heeft in ons ☐ uw ☐ land gewoond sinds

.....

4.3 Het pensioen of de rente van bovengenoemde rechthebbende werd geschorst/ingetrokken op .....

4.4 De in vak 2 genoemde rechthebbende op verstrekkingen

of

☐ het in vak 3 genoemde gezinslid

☐ heeft niet in ons ☐ uw ☐ land gewoond sinds ..... (datum)

☐ is overleden op ..... (datum)

4.5 ☐ Het in vak 3 genoemde gezinslid voldoet niet meer aan de voorwaarden van de wetgeving van het land van woonplaats sinds

.....

4.6 ☐ ([6]) .....

5. ☐ Bevoegd orgaan ☐ Orgaan van de woonplaats

5.1 Naam: .....

5.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

5.3 Adres: .....

.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Handtekening:

.....

B. Bevestiging van ontvangst

6. Wij hebben bovenstaande kennisgeving (deel A) ontvangen op .....

7. ☐ De inschrijving van de in deel A genoemde personen liep af op .....

☐ Wij bevestigen de schorsing/intrekking van het recht op verstrekkingen, zoals aangegeven in vak 4, met ingang van

.....

8. ☐ Bevoegd orgaan ☐ Orgaan van de woonplaats

8.1 Naam: .....

8.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

▼M11

E 108

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

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

(4) Voor Italiaanse organen: de „fiscale code" vermelden.
Voor Maltese organen: nummer van de identiteitskaart aangeven bij Maltese onderdanen, of het Maltese socialezekerheidsnummer bij niet-Maltese onderdanen.
Voor Slowaakse organen: Slowaaks geboortenummer vermelden, indien van toepassing.
Voor Spaanse organen: voor Spaanse onderdanen het nummer op de nationale identiteitskaart vermelden (D.N.I.) en voor buitenlanders het nummer van de N.I.E., in beide gevallen ook als de kaart verlopen is. Als de betrokkene geen kaart bezit, „geen" invullen.

(5) Invullen indien de intrekking of schorsing gezinsleden betreft.

(6) De reden voor intrekking of schorsing aangeven met behulp van een van de onderstaande codes:
a) De pensioengerechtigde verricht betaald werk in het land van de woonplaats.
b) Een gezinslid verricht betaald werk in het land van de woonplaats.
c) De premies zijn niet betaald.
d) Andere reden.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 109 [ ] (1)

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

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.2
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17.1, 17.2, 17.3 en 17.4; artikel 94.4

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en reikt twee exemplaren daarvan uit aan de verzekerde of zendt deze (eventueel via het verbindingsorgaan) naar het orgaan van de woonplaats, indien het formulier op verzoek van dit orgaan is ingevuld. Indien de gezinsleden van de verzekerde in het Verenigd Koninkrijk wonen, zendt het bevoegde orgaan beide exemplaren naar het Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Het orgaan van de woonplaats vult na ontvangst van beide exemplaren deel B in en zendt een exemplaar aan het bevoegde orgaan terug. Wanneer de gezinsleden niet allen in hetzelfde land wonen, moet voor elk land een verklaring worden opgesteld.

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

A. Kennisgeving van het bestaan van het recht

1. Orgaan van de woonplaats (2)

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....
1.4 Betreft: uw formulier E 107 van.....

2. De verzekerde

2.1 Familienaam/-namen (3): .....
2.2 Voornaam/-namen (4): ..... Geboortedatum: .....
2.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....
2.4 Adres:
.....
2.5 Persoonlijk identificatienummer:
.....
2.6 De verzekerde ☐ is een zelfstandige.

3. Gezinslid

3.1 Familienaam/-namen (3): .....
.....
3.2 Voornaam/-namen (4): ..... Geboortedatum: .....
3.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....
3.4 Adres: .....
.....
3.5 Persoonlijk identificatienummer: .....

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

5. Dit recht gaat in op.....

▼M11

E 109

6. en blijft behouden

6.1 ☐ tot de intrekking van deze verklaring

6.2 ☐ gedurende één jaar na de in punt 5 genoemde datum (6)

6.3 ☐ tot het verwachte einde van de seizoenarbeid, namelijk

6.4 ☐ tot en met (7) .....

7. ☐ Gelieve de Europese Ziekteverzekeringskaart van het in vak 3 vermelde gezinslid met nummer ..... en geldig tot ..... in te leveren

8. Bevoegd orgaan

8.1 Naam:

.....

8.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

B. Kennisgeving van inschrijving (8)

9. ☐ (9)

De volgende gezinsleden zijn niet ingeschreven:

	Familienaam/-namen (3)	Voornaam/-namen (4)	Geboortedatum	Persoonlijk identificatienummer
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

aangezien

☐ zij geen recht hebben op verstrekkingen.

☐ alle gezinsleden reeds recht hebben op verstrekkingen.

☐ andere redenen.

10. ☐ (9)

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

	Familienaam/-namen (3)	Voornaam/-namen (4)	Geboortedatum	Persoonlijk identificatienummer
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 De verstrekkingen komen te uwen laste. De berekening van het vaste bedrag als bedoeld in artikel 94 van Verordening (EEG) nr. 574/72 gaat in op: .....

▼**M11**

E 109

11.	Europese Ziekteverzekeringskaart
11.1	☐ Gelieve hierbij de Europese Ziekteverzekeringskaart aan te treffen met nummer ..... en geldig tot ..... zoals gevraagd in vak 7.
11.2	☐ Gelieve de maatregelen te vermelden die genomen dienen te worden betreffende de Europese Ziekteverzekeringskaart verstrekt aan het in vak 3 vermelde gezinslid met nummer ..... en geldig tot .....

12.	Orgaan in de woonplaats		
12.1	Naam:		
12.2	Identificatienummer van het orgaan:		
12.3	Adres:		
	.....		
12.4	Stempel	12.5	Datum: .....
		12.6	Handtekening:
			.....

Aanwijzingen voor de verzekerde

a) *Met dit formulier komen uw gezinsleden in het land waar zij wonen overeenkomstig de wetgeving van dat land in aanmerking voor verstrekkingen bij ziekte en moederschap, mits zij niet zelf reeds recht op bedoelde verstrekkingen hebben krachtens genoemde wetgeving.*

b) *Zodra u de twee exemplaren van dit formulier hebt ontvangen, moet u deze aan uw gezinsleden zenden, die deze onmiddellijk aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van hun woonplaats moeten overleggen, dat wil zeggen aan:*

in **België**, *het gekozen ziekenfonds/mutualité;*
in de **Tsjechische Republiek**, *de „Zdravotní pojišťovna", het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*
in **Denemarken**, *het gemeentebestuur van de woonplaats;*
in **Duitsland**, *de„Krankenkasse" (ziekteverzekeringsfonds) waarvoor de betrokkene heeft gekozen;*
in **Estland**,*de „Eesti Haigekassa" (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*
in **Griekenland**, *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*
in **Spanje**, *de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid);*
in **Frankrijk**, *de „Caisse primaire d`assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds);*
in **Ierland**, *het lokale kantoor van de Health Service Executive ;*
in **Italië**, *als regel de „Azienda sanitaria locale" (ASL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*
in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia); de aanvrager zal een medische kaart ontvangen, die nodig is om verstrekkingen te verkrijgen van de medische inrichtingen van de staat;*
in **Letland**, *het „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*
in **Litouwen**, *de „Teritorinÿ ligoniÿ kasa"* (regionaal ziekenfonds)*, ziekenhuizen en kraamklinieken;*
in **Luxemburg**, *de „Caisse de maladie des ouvriers" (ziekenfonds voor arbeiders);*
in **Hongarije**, *de bevoegde „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (lokale ziekenkas);*
in **Malta**, *de Entitlement Unit, Ministry of Health, 23, John Street, Valletta;*
in **Nederland**, *een ziekteverzekering die bevoegd is voor de woonplaats;*
in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" waaronder de woonplaats valt;*
in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia" (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats;*
in **Portugal**, *voor* **het vasteland**: *het „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Districtcentrum voor solidariteit en sociale zekerheid) in de woonplaats; voor* **Madeira**: *het „Centro de Segurança Social da Madeira" (Centrum voor sociale zekerheid) te Funchal; voor de* **Azoren**: *het „Centro de Prestações Pecuniárias" (Centrum voor uitkeringen) in de woonplaats;*
in **Slovenië**, *de regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië);*
in **Slowakije**, *het „zdravotná poisťovňa" (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft;*
in **Finland**, *het lokale kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering);*
in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats;*
in het **Verenigd Koninkrijk**, *het Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, of voor Noord-Ierland het Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast, naar gelang van het geval;*
in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun ríkisins" (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*
in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*
in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*
in **Zwitserland,** *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*

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

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

▼M11

E 109

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

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

(3) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

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

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

(6) Indien het formulier door een Duits, Frans, Italiaans of Portugees orgaan werd uitgereikt.

(7) Indien het formulier werd uitgereikt door een orgaan van Griekenland, Hongarije of het Verenigd Koninkrijk voor werknemers of voor zelfstandigen.

(8) Indien het formulier wordt afgegeven ter vervanging van een vroeger afgegeven verklaring hoeft deel B niet te worden ingevuld.

(9) Vak 9 of vak 10 invullen en een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen.

▼M10

▼M6

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op de bladzijden 2 en 3

E 111 ☐ (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN BIJ VERBLIJF IN EEN LIDSTAAT VAN DE EG

V . 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art.22 bis; art. 31.a; art. 34.a
bis V. 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 en 3

LET WEL: DEZE VERKLARING GEEFT GEEN RECHTEN ALS HET DOEL VAN DE REIS HET ONTVANGEN VAN EEN MEDISCHE BEHANDELING IN HET BUITENLAND IS

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

☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen) ☐ Andere verzekerde persoon

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

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

2 Gezinsleden ([3])

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

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

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

3.1 ([5]) ☐ van ..... t/m .....

3.2 ([5]) ☐ met ingang van .....

▼M6

E 111

4 Bevoegd orgaan

4.1 Naam: ..... Codenummer ([6]): .....

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

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Handtekening

.....

4.6 Geldig van ..... t/m .....

4.7 Stempel 4.8 Datum

.....

4.9 Handtekening

.....

4.10 Geldig van ..... t/m .....

4.11 Stempel 4.12 Datum

.....

4.13 Handtekening

.....

5 Bevoegd Frans orgaan voor ongevallen die geen verband houden met de bedrijfsuitoefening van zelfstandigen in de landbouw

5.1 Naam: ..... Codenummer ([6]): .....

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

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Handtekening

.....

AANWIJZINGEN

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

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

Aanwijzingen voor de verzekerde en zijn gezinsleden

a) *Op grond van deze verklaring kunnen*

— *aan de werknemer of zelfstandige, de student of aan een andere verzekerde persoon, en aan de in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk in een ander land dan de bevoegde staat verblijven, bij dringende noodzaak,*

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

door de verzekeringsinstellingen van het land van verblijf verstrekkingen bij ziekte (chronische ziekten en al bestaande ziekten inbegrepen) of moederschap en voorlopige verstrekkingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten worden verleend.

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

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

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

in **Duitsland,** *het door de betrokkene gekozen ziekenfonds;*

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

▼**M6**

E 111

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

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

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

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

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

in **Nederland,** *ANOZ-Verzekeringen te Utrecht. In Nederland kan de hulp van huisarts, tandarts en apotheker worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met ANOZ-Verzekeringen. Indien een persoon in een ziekenhuis moet worden opgenomen, stuurt het ziekenhuis het opnameformulier en formulier E 111 naar ANOZ-Verzekeringen;*

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

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

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

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

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

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

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

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

OPMERKINGEN

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

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

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

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

([2bis]) Voor Spaanse onderdanen eveneens het nummer van de nationale identiteitskaart (D.N.I.) vermelden, zelfs wanneer deze kaart niet meer geldig is.

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

([3]) Alleen die gezinsleden vermelden die zich tijdelijk naar een andere lidstaat begeven.

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

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

([6]) Invullen indien beschikbaar.

▼M6

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

STELSEL VOOR ZELFSTANDIGEN

E 111 **B** (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN BIJ VERBLIJF IN EEN LIDSTAAT VAN DE EG

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

LET WEL: DEZE VERKLARING GEEFT GEEN RECHTEN ALS HET DOEL VAN DE REIS HET ONTVANGEN VAN EEN MEDISCHE BEHANDELING IN HET BUITENLAND IS

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

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

2 Gezinsleden ([3])

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

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

UITSLUITEND ZIEKENHUISOPNAME

3 Bovengenoemde personen hebben recht op verstrekkingen uitsluitend bij ziekenhuisopname.
Deze kunnen worden verleend:

3.1 van ..... t/m .....

4 Bevoegd orgaan

4.1 Naam: ..... Codenummer ([5]): .....
4.2 Adres ([2]): .....
.....
4.3 Stempel

4.4 Datum: .....
4.5 Handtekening
.....

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

①

▼M6

STELSEL VOOR ZELFSTANDIGEN | **E 111** | **B**

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

AANWIJZINGEN

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

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

Aanwijzingen voor de verzekerde en zijn gezinsleden

a) *Op grond van deze verklaring kunnen*
   - *aan de zelfstandige en de in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk in een ander land dan de bevoegde staat verblijven,*
   - *aan de rechthebbende op pensioen of rente van het stelsel voor zelfstandigen en aan de in vak 2 genoemde gezinsleden, die tijdelijk verblijven in een ander land dan waar hun vaste woonplaats is gelegen,*

   door de verzekeringsinstellingen van het land van verblijf enkel in geval van opname in een ziekenhuis verstrekkingen worden verleend (chronische ziekten en al bestaande ziekten inbegrepen).

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

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

   in **Duitsland,** *het door de betrokkene gekozen ziekenfonds;*

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

   in **Spanje,** *ziekenhuisvoorzieningen van het socialezekerheidsstelsel. Dit formulier dient tezamen met een fotokopie te worden overgelegd;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPMERKINGEN

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

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

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

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

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

([3]) Alleen die gezinsleden vermelden die zich tijdelijk naar een andere lidstaat begeven.

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

([5]) Invullen indien beschikbaar.

▼M2

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 112 [ ] (1)

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

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 22.1.b.i; artikel 22.1.c.i; artikel 22.3; artikel 22 bis; artikel 31
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 22.1 en 22.3; artikel 23; artikel 31.1 en 31.3

Het bevoegde orgaan of het orgaan van de woonplaats van de verzekerde reikt dit formulier uit aan de verzekerde of de pensioengerechtigde, dan wel het gezinslid van de pensioengerechtigde. Indien de verzekerde of de pensioengerechtigde zich naar het Verenigd Koninkrijk begeeft dient een exemplaar van het formulier eveneens te worden gezonden aan het Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

Dit formulier, bestaande uit 2 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

1. ☐ verzekerde ☐ gezinslid van de verzekerde
☐ zelfstandige ☐ gezinslid van een zelfstandige
☐ pensioengerechtigde (werknemer) ☐ gezinslid van een pensioengerechtigde (werknemer)
☐ pensioengerechtigde (zelfstandige) ☐ gezinslid van een pensioengerechtigde (zelfstandige)

1.1 Familienaam/-namen (2):
.....

1.2 Voornaam/-namen (3): Geboortedatum:
....

1.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....

1.4 Adres in het bevoegde land:
.....

1.5 Adres in het land waarheen de werknemer of de pensioengerechtigde zich begeeft:
.....
.....

1.6 Persoonlijk identificatienummer (4):

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

2.1 ☐ aldaar te gaan wonen.

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

2.3 ☐ biologisch materiaal voor onderzoek te zenden zonder dat de betrokkene zelf aanwezig hoeft te zijn.

3. Op grond van deze verklaring kunnen verstrekkingen worden verleend,
van ..... tot en met .....

4. Het rapport van onze controlerende geneesheer

4.1 ☐ is in gesloten omslag bijgevoegd.

4.2 ☐ is verzonden op ..... aan (7) .....

4.3 ☐ kan bij ons worden opgevraagd.

4.4 ☐ is niet opgesteld.

5. Bevoegd orgaan

5.1 Naam: .....

5.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

5.3 Adres: .....
.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Handtekening:
.....

▼**M11**

E 112

Aanwijzingen voor de betrokkene

U moet deze verklaring zo snel mogelijk overleggen aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering in het land waarheen u zich begeeft, dat wil zeggen:

in **België**, *het gekozen ziekenfonds;*
in de **Tsjechische Republiek**, *het „Zdravotní pojišťovna", het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*
in **Denemarken**, *de zorgverstrekker, gewoonlijk de huisarts, die u naar een specialist zal verwijzen;*
in **Duitsland**, *de„Krankenkasse" (ziekteverzekeringsfonds) waarvoor de betrokkene heeft gekozen;*
in **Estland**, *de „Eesti Haigekassa" (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*
in **Griekenland**, *als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*
in **Spanje**, *de medische diensten of de ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst die onder de Spaanse sociale verzekering vallen. Dit formulier dient tezamen met een fotokopie te worden overgelegd;*
in **Frankrijk**, *de „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijk ziekenfonds); bij een positief antwoord op punt 2.5 de „Société de secours minière" (Maatschappij tot bijstand voor de mijnwerkers);*
in **Ierland**, *het lokale kantoor van de Health Service Executive;*
in **Italië**, *als regel „l'Azienda sanitaria locale" (ASL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*
in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia);*
in **Letland**, *de „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*
in **Litouwen**, *de „Teritorinÿ ligoniÿ kasa"* (regionaal ziekenfonds), *ziekenhuizen en kraamklinieken;*
in **Luxemburg**, *de „Caisse de maladie des ouvriers" (ziekenfonds voor arbeiders);*
in **Hongarije**, *de zorgverstrekker;*
in **Malta**, *het onderdeel van de National Health Service establishment (arts, tandarts, ziekenhuis, gezondheidscentrum) dat de behandeling verricht;*
in **Nederland**, *een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds, of bij tijdelijk verblijf de „Agis zorgverzekeringen", Utrecht;*
in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" waaronder de woonplaats valt;*
in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia" (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woon- of verblijfplaats;*
in **Portugal**, *voor* **het vasteland***: de „Administração Regional de Saúde" (Regionale Gezondheidsadministratie) van de woon- of verblijfplaats;* **voor Madeira**: *het „Centro de Saúde" (Gezondheidscentrum) ven de verblijfplaats;* **voor de Azoren**: *het „Centro de Saúde" (Gezondheidscentrum) van de verblijfplaats;*
in **Slovenië**, *de regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië) van de woon- of verblijfplaats;*
in **Slowakije**, *het „zdravotná poisťovňa" (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft. Voor uitkeringen, het „Sociálna poisťovňa" (Bureau Sociale Verzekering), Bratislava;*
in **Finland**, *de plaatselijke dienst van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering). Het formulier moet worden overgelegd aan het gemeentelijke gezondheidscentrum of het openbare ziekenhuis dat de behandeling verricht;*
in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats. Het formulier moet worden overgelegd aan de instelling die de behandeling verricht;*
in het **Verenigd Koninkrijk**, *de medische dienstverlener (arts, tandarts, ziekenhuis, enz.) die de behandeling verricht;*
in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*
in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*
in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*
in **Zwitserland,** *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn. Het formulier moet worden overgelegd aan de arts of het ziekenhuis die of dat de behandeling verricht.*

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.
(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.
(3) Alle voornamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.
(4) Als het gezinslid geen persoonlijk identificatienummer heeft, het nummer van de verzekerde aangeven.
(5) In te vullen door de Franse organen voor zelfstandigen in de landbouw.
(6) Invullen indien mogelijk.
(7) Naam en adres van het orgaan waaraan het medisch rapport is gezonden.

▼M5

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zie „aanwijzingen" op ommezijde

E 113 ☐ (1)

OPNEMING IN EEN ZIEKENHUIS — KENNISGEVING VAN OPNEMING EN ONTSLAG

V. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22 bis; art. 22 ter; art. 25.1 en 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34 bis; art. 34 ter; art. 52.a; art. 55.1
V. 574/72: art. 17.6; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 en 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 en 3; art. 60.5; art. 62.7; art. 63.2

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

1 Aan het bevoegde orgaan

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (2): .....

.....

2 ☐ Werknemer ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers) ☐ Student

☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen) ☐ Andere verzekerde persoon

☐ Werkloze ☐ Aanvrager van een pensioen

2.1 Naam (2 bis)

.....

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

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

.....

.....

2.4 Identificatienummer (2 ter): .....

3 In het ziekenhuis opgenomen gezinslid

3.1 Naam (2 bis)

.....

3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen ..... Geboortedatum .....

3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2) (3)

.....

3.4 Identificatienummer (2 ter): .....

4 Verwezen wordt naar:

4.1 ☐ uw formulier ..... van ..... (4)

4.2 ☐ ons formulier E 107 van .....

A. Kennisgeving van opneming

5 De in ☐ vak 2 ☐ vak 3 genoemde persoon

5.1 is op .....

5.2 in de inrichting (5) ..... opgenomen

5.3 als gevolg van ☐ ziekte ☐ moederschap ☐ arbeidsongeval (6)

☐ beroepsziekte (7) ☐ arbeidsongeval dat geen verband houdt met de bedrijfsuitoefening (8)

5.4 Verwacht wordt dat het verblijf in de inrichting zal duren t/m .....

5.5 ☐ (9) Bewijsstukken of medisch rapport gaan hierbij.

▼M5

E 113

B. Kennisgeving van ontslag

6 Het verblijf waarvan kennisgeving is gedaan

☐ met formulier E 113 van .....

☐ onder A

is geëindigd op .....

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

AANWIJZINGEN

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

OPMERKINGEN

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

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

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

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

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

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

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

(5) Naam van het ziekenhuis.

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

Naam of firmanaam: .....

Adres (2): .....

.....

(7) Indien mogelijk vermelden.

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

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

▼M5

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zijn „aanwijzingen" op ommezijde

E 114 ☐ (1)

VERSTREKKING VAN PROTHESEN, HULPMIDDELEN VAN GROTERE OMVANG, ENZ.

V. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22 bis; art. 22 ter; art. 24; art. 25.1 en 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34 bis; art. 34 ter; art. 52.a; art. 55.1
V. 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 en 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 en 3; art. 60.6; art. 62.7; art. 63.2 en 3

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

A. Kennisgeving

1 Aan het bevoegde orgaan

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

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

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

3 Betrokken gezinslid

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

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

①

▼M5

EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
Verordeningen inzake sociale zekerheid
EER (*)

Zijn „aanwijzingen" op ommezijde

E 114 ☐ (1)

VERSTREKKING VAN PROTHESEN, HULPMIDDELEN VAN GROTERE OMVANG, ENZ.

V. 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22 bis; art. 22 ter; art. 24; art. 25.1 en 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34 bis; art. 34 ter; art. 52.a; art. 55.1
V. 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 en 3; art. 23; art. 26.3;
art. 27; art. 28; art. 31.2 en 3; art. 60.6; art. 62.7; art. 63.2 en 3

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

A. Kennisgeving

1 Aan het bevoegde orgaan

1.1 Naam: .....

1.2 Adres (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Werknemer ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor werknemers) ☐ Student

☐ Zelfstandige ☐ Pensioengerechtigde (stelsel voor zelfstandigen) ☐ Andere verzekerde persoon

☐ Werkloze ☐ Aanvrager van een pensioen

2.1 Naam (3 bis)

.....

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

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

.....

.....

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

3 Betrokken gezinslid

3.1 Naam (3 bis)

.....

3.2 Voornamen ..... Vroeger gevoerde namen ..... Geboortedatum .....

3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats (2) (4)

.....

3.4 Identificatienummer (3 ter): .....

4 Verwezen wordt naar:

4.1 ☐ uw formulier ..... van ..... (5)

4.2 ☐ ons formulier E 107 van .....

5 Onze medische dienst heeft voor de persoon genoemd

☐ in vak 2 ☐ in vak 3

5.1 ☐ de noodzaak ☐ de dringende noodzaak vastgesteld

5.2 van de volgende verstrekkingen: .....

.....

5.3 waarvan de ☐ waarschijnlijke ☐ werkelijke kosten volgens onze tarieven bedragen

..... (6)

6 ☐ Het rapport van de vertrouwensarts gaat hierbij (7)

7 De onder 5.2 genoemde verstrekkingen (8)

7.1 ☐ werden in verband met het dringende karakter reeds verleend op .....

7.2 ☐ zullen worden verleend indien u hiertegen niet binnen 15 dagen na de verzenddatum van deze kennisgeving gemotiveerd verzet aantekent.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 115 [ ] (1)

AANVRAAG OM UITKERINGEN WEGENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.b; artikel 22.1.a.ii; artikel 25.1.b; artikel 52.b; artikel 55.1.a.ii
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 18.2 en 18.3; artikel 24; artikel 26.5 en 26.7; artikel 61.2 en 61.3; artikel 64

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

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. Bevoegd orgaan

1.1 Naam: .....

1.2 Adres: .....

.....

1.3 Identificatienummer van het orgaan:

.....

2. ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige ☐ Werkloze

2.1 Familienaam/-namen (2): Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend):

....

2.2 Voornaam/-namen: Geboortedatum:

....

2.3 Persoonlijk identificatienummer:

.....

2.4 is in het bezit van een formulier E 119 uitgereikt op ..... (3).
is in het bezit van een formulier E 303 uitgereikt op ..... (3).

3. Werkgever (4)

3.1 Naam of firmanaam: .....

3.2 Adres: .....

.....

A. ☐ (5) **Aanvraag om uitkeringen**

4. De in vak 2 genoemde persoon heeft op ..... (datum)
een aanvraag om uitkeringen ingediend wegens

☐ stationaire behandeling van ..... tot ..... (datum) in een ziekenhuis of in een preventie- of revalidatiecentrum (6)

☐ arbeidsongeschiktheid
als gevolg van

4.1 ☐ ziekte ☐ moederschap (vermoedelijke datum van bevalling: .....)

☐ een arbeidsongeval ☐ een ongeval op ..... (datum)

☐ een beroepsziekte ☐ adoptie ☐ verminderde vergoeding bij moederschap en adoptie

▼**M11**

E 115

5. De verklaring van de behandelende geneesheer
☐ is bijgevoegd. ☐ kon niet worden overgelegd.

6. Naar het oordeel van onze controlerende geneesheer ☐ wiens rapport is bijgevoegd
☐ wiens rapport zo spoedig mogelijk zal worden toegezonden

6.1 ☐ begon de arbeidsongeschiktheid op .....
en zal zij vermoedelijk voortduren tot en met .....

6.2 ☐ is er geen sprake van arbeidsongeschiktheid ([7]).

7. ☐ Betrokkene wordt geacht zich niet aan de voorschriften van onze wetgeving te hebben gehouden, om de volgende redenen:
.....
.....

8. ☐ De arbeidsongeschiktheid werd veroorzaakt door een ongeval waarvoor vermoedelijk een derde aansprakelijk is.

8.1 ☐ De arbeidsongeschiktheid werd veroorzaakt door andere specifieke factoren, zoals uiteengezet in de bijgevoegde documenten.

8.2 ☐ Een rapport betreffende de toedracht van dit ongeval en het adres van de betrokken derde zijn bijgevoegd.

8.3 ☐ Andere documenten betreffende de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid zijn bij dit formulier gevoegd.

9. ☐ Wij zijn bereid om namens u uitkeringen aan de betrokkene te betalen. Gelieve ons te berichten of u het met deze procedure eens bent, en ons in dat geval de nodige gegevens voor de uitbetaling te verschaffen ([8]).

10. ☐ Wij zijn niet bereid om namens u uitkeringen aan de betrokkene te betalen.

B. ☐ ([5]) **Voortduren van de arbeidsongeschiktheid**

11. Met verwijzing naar

11.1 ☐ ons formulier E 115 van ..... (datum).

11.2 ☐ uw formulier E 117 van ..... (datum).

11.3 Delen wij u mee dat naar het oordeel van onze controlerende geneesheer

☐ wiens rapport is bijgevoegd

☐ wiens rapport zo spoedig mogelijk zal worden toegezonden

de in vak 2 genoemde persoon vermoedelijk arbeidsongeschikt zal blijven tot en met .....

12. Orgaan van de woon- of verblijfplaats

12.1 Naam: .....

12.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

12.3 Adres: .....
.....

12.4 Stempel

12.5 Datum: .....

12.6 Handtekening:
.....

▼M11

E 115

Aanwijzingen voor de betrokkenen

In Italië dient u dit formulier, als het om een uitkering bij ziekte of moederschap gaat, over te leggen aan het plaatselijke kantoor van het „Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS, National Instituut voor sociale voorzieningen), en bij een arbeidsongeval of beroepsziekte aan het „Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL).

Voor Nederland, als de bevoegde ziekteverzekering niet bekend is, het formulier zenden aan de UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

In Slovenië dient u dit formulier, als het om een uitkering bij moederschap gaat, over te leggen aan het bevoegde „Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke" (Centrum voor Sociaal Werk Ljubljana Bežigrad, Centrale Dienst Bescherming van Ouderschap en Gezinsuitkeringen) en bij arbeidsongeschiktheid aan de bevoegde regionale eenheid van de „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië).

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

(3) Alleen invullen wanneer het een werkloze betreft.

(4) Bij een werkloze de laatste werkgever aanvullen.

(5) Deel A of B invullen en het bij het ingevulde deel behorende vakje aankruisen.

(6) Voor personen die bij een Duits ziekenfonds of bij een Oostenrijks of Belgisch orgaan verzekerd zijn: als het socialeverzekeringsorgaan van de woonplaats bij de afgifte van dit formulier de exacte datum van ontslag uit het ziekenhuis niet kent, dient dit gegeven naderhand zo snel mogelijk ingevuld te worden.

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

(8) Indien het formulier aan een Duits, Italiaans, Hongaars of Pools orgaan gezonden wordt, hoeft dit vakje niet te worden aangekruist.

———

▼**M11**

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 116 [ ] (1)

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

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.b; artikel 22.1.a.ii; 22.1.b.ii; 22.1.c.ii; artikel 25.1.b; artikel 52.b; artikel 55.1.a.ii; 55.1.b.ii en 55.1.c.ii
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 18.2 and 18.3; artikel 24; artikel 26.5 en 26.7; artikel 61.2 en 61.3; artikel 64; artikel 65.2 en 65.4

In te vullen door de arts van het orgaan dat formulier E 115 invult en in geval van ziekte of moederschap in een gesloten enveloppe bij dat formulier te voegen (2).

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. Bevoegd orgaan waaraan het formulier is gericht

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....
1.4 Betreft: ons formulier E 116 van ..... (datum)

2. Bijlage bij een formulier E 115 van .....(datum)

3. De belanghebbende

3.1 Familienaam/-namen (3): .....
.....
3.2 Familienaam/-namen bij geboorte (indien verschillend):
.....
3.3 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....
3.4 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats: .....
.....
3.5 Persoonlijk identificatienummer:
.....

4. Ondergetekende, ..., arts,
heeft de bovengenoemde persoon onderzocht
op .....
4.1 en geconstateerd dat het gaat om
☐ een ziektegeval ☐ een zwangerschap (vermoedelijke datum van de bevalling: .....)
4.2 dat het waarschijnlijk gaat om
☐ een arbeidsongeval ☐ een beroepsziekte ☐ een ongeval
4.3 ☐ een terugval of verergering.

▼M11

E 116

A. Algemeen rapport

5. In alle gevallen invullen

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

.....

.....

5.2 Klinisch onderzoek: .....

.....

.....

5.3 Verdere opmerkingen: .....

.....

.....

5.4 Speciale onderzoeken (4): .....

.....

.....

5.5 Diagnose: .....

.....

.....

5.6 Conclusies: .....

.....

.....

5.7 ☐ De betrokkene is niet arbeidsongeschikt bevonden.

5.8 ☐ De betrokkene is arbeidsongeschikt bevonden met ingang

van ..... tot en met .....

5.9 ☐ De betrokkene is gedeeltelijk arbeidsongeschikt bevonden

(voor …… %) van ..... tot en met ..... (5)

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

5.11 ☐ De arbeidsongeschiktheid zal naar verwachting eindigen op .....

B. Rapporten bij een arbeidsongeval

6. Eerste medisch rapport

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

6.3 De arbeidsongeschiktheid ging in op .....

6.4 De door het ongeval getroffene wordt behandeld

☐ thuis ☐ in de praktijk van de geneeskundige

☐ in een ziekenhuis ☐ elders

Adres (8):

.....

.....

▼M11

E 116

7. Laatste medisch rapport

7.1 De behandeling is beëindigd op: .....

7.2 Het letsel is geconsolideerd op: .....

7.3 ☐ en zal geen blijvende gevolgen hebben.

7.4 ☐ en zal waarschijnlijk tot gevolg hebben:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8. Orgaan van de woon- of verblijfplaats:

8.1 Naam: .....

8.2 Nummer van het bevoegde orgaan: .....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Formulier E 116 is niet vereist voor het verkrijgen van moederschapsuitkeringen betaald door België. Voor België dient dit formulier in alle gevallen eerst aan het voor de ziekteverzekering bevoegde orgaan gezonden te worden. In de Tsjechische Republiek, Liechtenstein, Finland, Noorwegen en Zweden wordt het formulier ingevuld door de arts die de betrokkene bezoekt en gecontroleerd door het verzekeringsorgaan.

(3) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

(4) Aard en datum van het onderzoek aangeven.

(5) Ten behoeve van Noorse organen.

(6) Aard van het letsel en gekwetste lichaamsdelen aangeven: armfractuur, kneuzing van hoofd of vingers, inwendig letsel, verstikking, enz.

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

(8) Indien het slachtoffer in een ziekenhuis wordt behandeld, naam en adres van het ziekenhuis aangeven.

▼**M11**

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 117 [ ] (1)

TOEKENNING VAN UITKERINGEN BIJ MOEDERSCHAP EN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.b; artikel 22.1.a.ii; artikel 25.1.b; artikel 52.b; artikel 55.1.a.ii
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 18.6 en 18.8; artikel 24; artikel 26.7; artikel 61.6 en artikel 64

Het bevoegde orgaan vult dit formulier in en zendt het aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats. Het bevoegde orgaan moet de verzekerde eveneens in kennis stellen wanneer de uitkeringen door het orgaan van de woonplaats worden betaald.

Dit formulier, bestaande uit 2 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. Orgaan van de woon- of verblijfplaats

1.1 Naam: .....

1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

1.3 Adres: .....

.....

2. Betreft: uw formulier E 115 van ..... (datum)

3. ☐ Werknemer ☐ Zelfstandige ☐ Werkloze

3.1 Familienaam/-namen (2): ..... Familienaam/-namen bij de geboorte (indien afwijkend): .....

3.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

3.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats: .....

.....

3.4 Persoonlijk identificatienummer:

.....

4. De in vak 3 bedoelde persoon

4.1 ☐ heeft voorlopig, behoudens eventuele verlenging, recht op een uitkering
van ..... tot en met .....

4.2 ☐ heeft geen recht op een uitkering
Reden: zie bijgevoegd formulier E 118.

4.3 ☐ heeft niet langer recht op uitkering met ingang van ..... (datum)
Reden: zie bijgevoegd formulier E 118.

5. Deze uitkeringen worden betaald (3)

5.1 ☐ door ons

5.2 ☐ door u voor onze rekening (4)

5.3 ☐ door de werkgever (5)
van ..... tot en met .....(6)

6. (7) (8)

6.1 De uitkering moet worden betaald voor alle dagen van de week, behalve
☐ maandag ☐ dinsdag ☐ woensdag ☐ donderdag ☐ vrijdag ☐ zaterdag ☐ zondag

6.2 Het nettobedrag van de uitkering bedraagt per dag
..... (9) indien de verzekerde niet in een ziekenhuis is opgenomen
..... (9) indien de verzekerde wel in een ziekenhuis is opgenomen

6.3 ☐ Wanneer de uitkeringen per maand uitbetaald worden, wordt een bedrag voor 30 dagen toegekend, ongeacht het feitelijke aantal dagen in de betreffende maand.

▼**M11**

E 117

7. Wij verzoeken u ons zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van het resultaat van

7.1 ☐ een onderzoek ([10]): .....

7.2 ☐ administratieve controles: .....

7.3 ☐ een verder medisch onderzoek, dat zal plaatsvinden omstreeks .....(datum)

8. Bevoegd orgaan

8.1 Naam: .....

8.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

OPMERKINGEN

([1]) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

([2]) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

([3]) Niet invullen indien het een werkloze betreft voor wie een formulier E 119 is afgegeven.

([4]) Het bevoegde orgaan kan hier de wijze van betaling invullen.

([5]) Indien dit formulier bestemd is voor een Frans, Pools, Italiaans of Hongaars orgaan hoeft dit vakje niet aangekruist te worden.

([6]) In te vullen door Deense, Duitse, Luxemburgse, Poolse, Hongaarse en Slowaakse organen.

([7]) In te vullen door Duitse, Luxemburgse, Poolse, Slowaakse en Spaanse organen.

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

([9]) Bedrag in de munteenheid van het bevoegde land.

([10]) Aard van het gewenste medische onderzoek aangeven (röntgenfoto, analyse van…, enz.).

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 118 [ ] (1)

KENNISGEVING VAN NIET-ERKENNING OF EINDE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.b; artikel 22.1.a.ii, 22.b.ii en 22.c.ii; artikel 25.1.b; artikel 52.b; artikel 55.1.a.ii, 55.1.b.ii en 55.1.c.ii
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 18.4 en 18.6; artikel 24; artikel 26.5 en 26.7; artikel 61.4 en 61.6; artikel 64

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

Dit formulier, bestaande uit 2 bladzijden plus een bijlage van 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. De begunstigde

1.1 Familienaam/-namen: ..... Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend): .....

1.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

1.3 Adres in het land van de woon- of verblijfplaats: .....
.....

1.4 Persoonlijk identificatienummer:
.....

2. ☐ Bevoegd orgaan ☐ Orgaan in de woon- of verblijfplaats

2.1 Naam: .....
2.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
2.3 Adres: .....
.....

3. ☐ Uit de feiten die ons ter kennis zijn gebracht
☐ Uit het door onze geneesheer verrichte onderzoek op ..... (datum)
blijkt

3.1 ☐ dat u gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent.

3.2 ☐ dat recht hebt op een gedeeltelijke uitkering ten bedrage van ..... (2)
met ingang van ..... (datum)

3.3 ☐ dat u niet arbeidsongeschikt bent.

3.4 ☐ dat uw arbeidsongeschiktheid geëindigd is op ..... (3)

3.5 ☐ De laatste dag waarop u uitkeringen ontvangt is .....

3.6 ☐ Het bevoegde orgaan zal de laatste dag vaststellen waarvoor u een uitkering ontvangt

3.7 ☐ U hebt geen recht op een uitkering, omdat .....
.....
.....

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

4.1 Naam: .....
4.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
4.3 Adres: .....
.....

4.4 Stempel

4.5 Datum: .....

4.6 Handtekening:
.....

▼M11

E 118

Aanwijzingen voor de werknemer/de zelfstandige/de werkloze

Indien u niet instemt met de beslissing die u hierbij wordt meegedeeld, kunt u in beroep gaan. De wijze waarop en de termijnen waarbinnen u in beroep kunt gaan zijn in de bijlage vermeld. Voor de wijze waarop en de termijnen waarbinnen u in beroep kunt gaan, dient u de aanwijzingen inzake het bevoegde land te volgen.

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

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

(3) Laatste dag van de arbeidsongeschiktheid aangeven.

▼M11

E 118 Bijlage

MOGELIJKHEDEN TOT EN TERMIJNEN VAN BEROEP

Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 18.4 ; artikel 61.4

1. België

Indien u niet instemt met bijgaande kennisgeving, kunt u schriftelijk, gedateerd en ondertekend beroep aantekenen; dit beroep dient binnen een maand na de dag van de kennisgeving van het betwiste besluit aangetekend te worden gericht aan de griffie van het bevoegde arbeidsgerecht.

Onder bevoegd arbeidsgerecht wordt verstaan:

a) indien de betrokkene in België woont: het arbeidsgerecht van het arrondissement waarbinnen de woonplaats zich bevindt;
b) indien de betrokkene niet of niet meer in België woont: het arbeidsgerecht van het arrondissement waarbinnen de woonplaats of de laatste verblijfplaats in België zich bevond;
c) indien de betrokkene geen woonplaats of verblijfplaats heeft gehad in België: het arbeidsgerecht van het arrondissement van de laatste werkzaamheid in België.

2. Tsjechische Republiek

Indien u zich niet kunt verenigen met bijgaande kennisgeving, kunt u schriftelijk, gedateerd en ondertekend beroep aantekenen, binnen drie dagen na ontvangst van de kennisgeving, bij het onder punt 2 of punt 4 van het formulier aangegeven bevoegde Tsjechische orgaan. De procedure en de termijn voor het aantekenen van beroep zijn aangegeven in de beslissing.

3. Denemarken

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

4. Duitsland

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

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

5. Estland

Indien u bezwaar wenst te maken tegen deze beslissing, kunt u binnen een termijn van 30 dagen een beroep indienen bij de „Eesti Haigekassa", L embitu 10, Tallinn 10114.

6. Griekenland

Indien u zich niet met deze beslissing kunt verenigen, kunt u binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de kennisgeving beroep aantekenen bij:

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

7. Spanje

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

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

8. Frankrijk

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

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

9. Ierland

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

▼M11

E 118 Bijlage

10. Italië

Beroep INPS (Ziekte en moederschap)

Tegen de beslissingen van het INPS kan de verzekerde binnen 90 dagen na de ontvangst van de desbetreffende beslissing bezwaar maken door indiening van een administratief bezwaarschrift bij de bevoegde provinciale commissie.

Binnen het tijdvak van een jaar na de kennisgeving van de beschikking van genoemde commissie, of indien na 90 dagen vanaf de indiening van het bezwaar geen uitsluitsel is ontvangen, kan de betrokkene het INPS in rechte aanspreken.

Beroep INAIL (Arbeidsongevallen en beroepsziekten)

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

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

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

11. Cyprus

Indien u het niet eens bent met de aangehechte beslissing, kunt u binnen 15 dagen na kennisgeving van de beslissing beroep aantekenen bij de minister van Arbeid en Sociale Verzekeringen. Indien u niet tevreden bent met de beschikking van de minister, kunt u binnen 75 dagen na kennisgeving van de beschikking van de minister in beroep gaan bij het Hooggerechtshof.

12. Letland

Indien u niet met deze beslissing instemt, kunt u binnen een termijn van 1 maand, te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de bijgevoegde beslissing, beroep aantekenen bij:

Naam: .....

Adres:

.....

.....

13. Litouwen

Indien u bezwaar wenst te maken tegen de bijgevoegde beslissing, kunt binnen 1 maand na de dag van ontvangst van deze kennisgeving beroep aantekenen bij de Commissie Administratieve Geschillen.

14. Luxemburg

Indien u niet instemt met deze beslissing, kunt binnen 40 dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van deze beslissing beroep aantekenen bij de „Conseil arbitral des assurances sociales” (Arbitrale Raad van de sociale verzekeringen).

15. Hongarije

Indien u niet instemt met de aangehechte kennisgeving, kunt u het bevoegde Hongaarse orgaan (vermeld in vak 2 of 4 van formulier E 118) om een beschikking verzoeken. Tegen deze beschikking kunt u binnen 15 dagen na ontvangst beroep aantekenen.

16. Malta

Indien u bezwaar wenst te maken tegen de bijgevoegde beslissing, kunt u binnen 30 dagen na de datum van de beslissing beroep aantekenen bij het Department of Social Security, Valletta.

17. Nederland

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

18. Oostenrijk

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

19. Polen

Indien u het niet eens bent met de bijgevoegde beslissing, kunt u een beslissing vragen van het bureau van de Zakÿad Ubezpieczeÿ Spoÿecznych (Socialezekerheidsinstelling — ZUS) dat territoriaal bevoegd is voor de vestigingsplaats van de werkgever, en in het geval van landbouwers, van het regionaal bureau van de Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spoÿecznego (socialezekerheidsfonds voor de landbouw — KRUS). Dat bureau zal een beslissing treffen over het recht op uitkeringen en u inlichtingen verstrekken over de mogelijkheden van beroep tegen de beslissing.

20. Portugal

Indien u niet instemt met deze beslissing kunt u:

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

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

▼M11

E 118 Bijlage

21. Slovenië
Indien u niet instemt met deze beslissing, kunt u beroep aantekenen bij de Arbeids- en Sociale Rechtbank in Ljubljana, Komenskega 7, binnen 30 dagen na ontvangst van de beslissing.

22. Slowakije
Indien u niet instemt met de aangegeven informatie, en zolang er nog geen beslissing is genomen in uw zaak, kunt u het bevoegde plaatselijke bureau van de Dienst Sociale Zekerheid verzoeken een beslissing te nemen. U kunt beroep aantekenen bij het hoofdkantoor van de Dienst Sociale Zekerheid binnen 15 dagen na ontvangst van de beslissing van het plaatselijke bureau. Beslissingen van het hoofdkantoor inzake uitkeringen zijn in principe definitief, maar u kunt binnen een termijn van twee maanden in beroep gaan bij de bevoegde regionale rechtbank.

Bij kwesties die geen betrekking hebben op uitkeringen, kan men binnen 30 dagen na afgifte van de beslissing van het hoofdkantoor bij de bevoegde regionale rechtbank om een corrigerende maatregel tegen de beslissing verzoeken. Het adres van het hoofdkantoor van de Dienst Sociale Zekerheid is: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

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

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

25. Verenigd Koninkrijk
Indien u niet instemt met deze beslissing, kunt u binnen 28 dagen na de ontvangst van de beschikking beroep aantekenen bij de Pension Service, International pension Centre, Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne, of bij het Northern Ireland Security Agency, Overseas Branch (Bureau Sociale Zekerheid voor Noord-lerland, Afdeling Buitenland) te Belfast, naar gelang van het geval.

26. IJsland
Indien u de aangehechte beslissing wilt aanvechten, kunt u beroep aantekenen bij de Nationale Sociale Zekerheidsraad te Reykjavik.

27. Liechtenstein

a) Met betrekking tot de verzekering bij ziekte: indien u niet instemt met een beslissing van een ziekteverzekeringsfonds, kan om een formele beschikking worden verzocht waarin de redenen en de mogelijke rechtsmiddelen worden uiteengezet.
Binnen een termijn van 60 dagen na ontvangst van deze formele beschikking kan de betrokkene een beroep instellen bij de betrokken rechtbank.

b) Met betrekking tot de ongevallenverzekering: indien u niet instemt met een beslissing, kunt u binnen twee maanden na ontvangst van deze beslissing de betrokken ongevallenverzekeraar verzoeken zijn beslissing te herzien.
Indien u niet instemt met de beslissing van de ongevallenverzekeraar, kan eveneens binnen een termijn van twee maanden na ontvangst van de beslissing een beroep worden ingesteld bij de betrokken rechtbank. Hetzelfde geldt voor de beslissing van de ongevallenverzekeraar betreffende het hierboven genoemde verzoek om herziening.

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

29. Zwitserland
Indien u niet instemt met deze beslissing, kunt u binnen 30 dagen na de ontvangst van de beschikking bezwaar aantekenen bij het orgaan. In de beslissing betreffende uw bezwaar zullen de mogelijke rechtsmiddelen en de termijn voor het aantekenen van beroep aangegeven worden.

▼**M10**

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE
VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID
VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 119 ☐ (1)

▸(1) **VERKLARING INZAKE HET RECHT VAN WERKLOZEN EN HUN GEZINSLEDEN OP UITKERINGEN KRACHTENS DE ZIEKTE- EN MOEDERSCHAPSVERZEKERING** ◂

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

Gegevens betreffende de begunstigde

1. Naam (namen): ☐☐☐

▼**M10**

11. Bij arbeidsongeschiktheid kunnen uitkeringen worden betaald

11.1 ☐ ten hoogste gedurende het tijdvak waarover recht op werkloosheidsuitkering bestaat

11.2 ☐ voor de tot en met ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ optredende gevallen van ziekte gedurende

☐☐ dagen ☐☐ weken

12. Bedoelde uitkeringen worden

12.1 ☐ door ons betaald

12.2 ☐ door u voor onze rekening betaald

13. De uitkering moet worden betaald

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

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

14. Het per dag verschuldigde bedrag van deze uitkering is gelijk aan ([4])

14.1 ☐ het bedrag van de werkloosheidsuitkeringen

14.2 ☐ wanneer de verzekerde niet in een ziekenhuis is opgenomen
wanneer verzekerde wel in een ziekenhuis is opgenomen

Gegevens betreffende het bevoegde orgaan

15. Naam van het orgaan: ☐☐

16. Identificatienummer van het orgaan: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Adres: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

▼**M10**

AANWIJZINGEN

Het formulier moet in blokletters worden ingevuld

Aanwijzingen voor de werkloze:

Teneinde uitkeringen te verkrijgen voor uzelf in geval van arbeidsongeschiktheid of opneming in een ziekenhuis, dient u (behalve wanneer u zich in Nederland bevindt) bovengenoemd formulier alsmede een door uw behandelende arts afgegeven verklaring van arbeidsongeschiktheid over te leggen aan het volgende orgaan:

in **België**, de gekozen mutualiteit;
in **Denemarken**, de „kommunekantoret på opholdssteded" (het gemeentebestuur van de plaats van verblijf);
in **Duitsland**, het gekozen ziekenfonds;
in **Griekenland**, als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA);
in **Spanje**, „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale directie van het nationaal instituut voor de sociale zekerheid) van de woon- of verblijfplaats;
in **Frankrijk**, „Caisse primaire d'assurance-maladie" (plaatselijk ziekenfonds);
in **Ierland**, „Department of Social Welfaire, EC Record Section" (Ministerie van Sociale Zekerheid, afdeling EG) te Dublin 2;
in **Italië**, „l'Azienda sanitaria locale" (ASL);
in **Luxemburg**, „Caisse de maladie des ouvriers" (Ziekenfonds voor Arbeiders);
in **Nederland** dient u uw arbeidsongeschiktheid te melden aan de Uitvoering werknemersverzekeringen (UWV);
in **Portugal**, voor het vasteland: bij het „Centro Regional de Segurança Social" (Regionaal centrum voor de sociale zekerheid) van de woon- of verblijfplaats; voor Madeira: bij de „Direcção Regional de Segurança social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Funchal; voor de Azoren: bij de „Direcção Regional de Segurança social" (Regionale directie voor de sociale zekerheid) te Angra do Heroísmo;
in het **Verenigd Koninkrijk**, „Departement of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerie van Sociale Zekerheid, Bureau Uitkeringen, Dienst Buitenlandse uitkeringen) te Newcastle-upon-Tyne, of het „Nothern Ireland Security Agency, Overseas Branch" (Bureau Sociale Zekerheid voor Noord-Ierland, Afdeling Buitenland) te Belfast, naar gelang van het geval;
in **Oostenrijk**, „Gebietskrankenkasse" (Regionaal Ziekenfonds) dat bevoegd is voor de woon- of verblijfplaats;
in **Finland**, „het plaatselijk kantoor van de Kansaneläkeleitos" (Instituut van de Sociale Verzekering);
in **IJsland**, „Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid) te Reykjavik;
in **Liechtenstein**, „Amt für Volkswirschaft" (Bureau voor de Nationale Economie) te Vaduz;
in **Noorwegen**, het plaatselijke „trygdekontor" (verzekeringskantoor) van de woon- of verblijfplaats;
in **Zweden,** het „försäkringskassen" (verzekeringsfonds) van de woon- of verblijfplaats;
in **Zwitserland**, „Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gemeenschappelijke instelling onder de Federale Wet op de ziekteverzekering), in Solothurn;
in **Tsjechië**, „územní organizační jednotky České správy sociálního zabezpečení";
in **Letland**, „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (de nationale dienst voor de sociale zekerheid);
in **Litouwen**, „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai" (plaatselijke afdeling van het nationale socialezekerheidsfonds);
in **Slowakije**, „Sociálna poisťovňa" (Dienst Sociale Zekerheid), Bratislava;
in **Estland**, „Eesti Haigekassa" (Estlandse Ziekteverzekering);
in **Malta**, het Ministerie van Sociale Zekerheid te La Valetta;
in **Polen**, „Wojewódzkiego Urzędu Pracy" (WUP);
in **Hongarije**, het bevoegde „"Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Plaatselijk Fonds voor Ziekteverzekering);
in **Slovenië**, de regionale afdeling van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Sloveens Instituut voor de Ziekteverzekering) bevoegd voor de woon- of verblijfplaats;
in **Cyprus**, het Ministerie van Gezondheid.

▼**M10**

OPMERKINGEN

([1]) Initialen van het land van het behandelend orgaan (dat het formulier invult): BE = België, DK = Denemarken, DE = Duitsland, GR = Griekenland, ES = Spanje, FR = Frankrijk, IE = Ierland, LU = Luxemburg, FI = Finland, SE = Zweden, IT = Italië, NL = Nederland, AT = Oostenrijk, PT = Portugal, UK = Verenigd Koninkrijk, NO = Noorwegen, IS = IJsland, LI = Liechtenstein, CZ = Tsjechië, CY = Cyprus, EE = Estland, LV = Letland, LT = Litouwen, HU = Hongarije, MT = Malta, PL = Polen, SI = Slovenië, SK = Slowakije, CH = Zwitserland.

([2]) Wanneer het gezinslid niet over een eigen identificatienummer beschikt, het identificatienummer vermelden van de persoon waarvan zijn rechten zijn afgeleid.

(3) Uitsluitend invullen als het formulier opgesteld wordt op aanvraag van het orgaan van de woon- of verblijfplaats.

([4]) Dit vak enkel invullen als de uitkeringen moeten worden uitbetaald door het orgaan van de woon- of verblijfplaats.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 120 [ ] (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT VAN AANVRAGERS VAN PENSIOENEN EN VAN HUN GEZINSLEDEN OP VERSTREKKINGEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 26.1
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 28

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt dit in tweevoud toe aan de belanghebbende, die deze exemplaren aan het orgaan van zijn woonplaats overlegt. Het orgaan van de woonplaats vult na ontvangst van beide exemplaren deel B van het formulier in en zendt één exemplaar door naar het orgaan genoemd in vak 6. Eventueel worden beide exemplaren eerst toegezonden aan het orgaan dat de vakken 5 en 6 moet invullen.

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

A. Kennisgeving van het recht

1. Orgaan van de woonplaats (2)

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....
1.4 Betreft: uw formulier E 107 van .....

2. Aanvrager van een pensioen

2.1 Familienaam/-namen (3): Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend):
.....
2.2 Voornaam/-namen: Geboortedatum:
....
2.3 Adres in het land van de woonplaats: .....
.....
2.4 Persoonlijk identificatienummer:
.....

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

3.1 De hierboven aangegeven aanvrager heeft op .....
een aanvraag ingediend voor pensioen wegens
☐ ouderdom ☐ invaliditeit ☐ overleving
☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte
3.2 ☐ Uit de behandeling van deze aanvraag blijkt dat voornoemde persoon recht heeft op een pensioen dat te onzen laste komt.

4. Orgaan dat vak 3 heeft ingevuld

4.1 Naam: .....
4.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
4.3 Adres: .....
.....
4.4 Stempel 4.5 Datum: .....
4.6 Handtekening:
.....

▼M11

E 120

5. In te vullen door het orgaan waarbij de aanvraag om pensioen in behandeling is of door het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van het land waar deze aanvraag in behandeling is

5.1 Identificatienummer van het behandelende orgaan: .....

5.2 De in vak 2 genoemde persoon en zijn gezinsleden hebben recht op verstrekkingen wegens ziekte/moederschap

5.3 ☐ met ingang van ..... tot intrekking van deze verklaring.

5.4 ☐ gedurende een jaar met ingang van ..... (datum)

6. Orgaan dat vak 5 heeft ingevuld

6.1 Naam: .....

6.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

6.3 Adres: .....

.....

6.4 Stempel

6.5 Datum: .....

6.6 Handtekening:

.....

B. Kennisgeving van inschrijving of niet-inschrijving

7. ☐ (4)

7.1 De in vak 2 genoemde persoon en zijn gezinsleden konden niet worden ingeschreven omdat

.....

.....

8. ☐ (4)

8.1 De in vak 2 genoemde persoon en zijn gezinsleden zijn ingeschreven op

..... (datum)

9. Ingeschreven gezinsleden

	9.1 Familienaam/-namen (3)	Voornaam/-namen	Geslacht V	Geslacht M	Geboortedatum	Persoonlijk identificatienummer
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10. Orgaan in de woonplaats

10.1 Naam: .....

10.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

10.3 Adres: .....

.....

10.4 Stempel

10.5 Datum: .....

10.6 Handtekening:

.....

▼M11

E 120

Aanwijzingen voor de verzekerde

a) *Met deze verklaring komen uw gezinsleden in het land waar zij wonen overeenkomstig de wetgeving van dat land in aanmerking voor verstrekkingen bij ziekte en moederschap.*

b) *U moet de twee exemplaren van deze verklaring zo snel mogelijk aan een van de volgende verzekeringsorganen toezenden:*

in **België**, *het gekozen ziekenfonds;*

in de **Tsjechische Republiek**, *de „Zdravotní pojišťovna", het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*

in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia); de aanvrager zal een medische kaart ontvangen, die nodig is om verstrekkingen te verkrijgen van de medische inrichtingen van de staat;*

in **Denemarken**, *het gemeentebestuur van de woonplaats;*

in **Duitsland**, *de„Krankenkasse" (ziekteverzekeringsfonds) waarvoor de betrokkene heeft gekozen;*

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

in **Spanje**, *de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale Directie van het Nationale Instituut voor de sociale zekerheid) van de woon- of verblijfplaats. Wanneer u verstrekkingen nodig hebt, kunt u zich wenden tot de medische of ziekenhuisdiensten van het Spaanse gezondheidszorgstelsel van de sociale verzekering. U dient dan het formulier plus een fotokopie over te leggen;*

in **Estland**, *de „Eesti Haigekassa" (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*

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

in **Ierland**, *de „Health Board" in het gebied waarvan de verstrekkingen worden gevraagd;*

in **Italië**, *de „Azienda sanitaria locale" (ASL) (plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Letland**, *het „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*

in **Litouwen**, *de „Teritoriné ligoniu kasa" (Territorial Patient Fund); medische bijstand is beschikbaar zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd;*

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

in **Hongarije**, *de bevoegde „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (lokale ziekenkas);*

in **Malta**, *het „Ministry of Health", Valletta;*

in **Nederland**, *een ziekteverzekering die bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" waaronder de woonplaats valt;*

in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia" (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Portugal**, *voor* **het vasteland**: *het „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Districtcentrum voor solidariteit en sociale zekerheid) in de woonplaats; voor* **Madeira**: *het „Centro de Segurança Social da Madeira" (Centrum voor sociale zekerheid) te Funchal; voor de* **Azoren**: *het „Centro de Prestações Pecuniárias" (Centrum voor uitkeringen) in de woonplaats;*

in **Slovenië**, *de bevoegde regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië) van de woonplaats;*

in **Slowakije**, *het „zdravotná poisťovňa" (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft;*

in **Finland**, *het lokale kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering);*

in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats. Medische bijstand (ziekenhuis, arts, tandarts) kan worden gevraagd zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd;*

in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*

in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*

in **Zwitserland**, *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*

c) *U bent verplicht de verzekeringsinstelling waaraan u dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd, zoals de toekenning van een aangevraagd pensioen of verandering van uw woon- of verblijfplaats of die van uw gezinsleden.*

OPMERKINGEN

([1]) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

([2]) Alleen invullen indien de verklaring op verzoek van het orgaan van de woonplaats wordt opgesteld. Indien de aanvrager in het Verenigd Koninkrijk woont, dienen beide exemplaren van dit formulier rechtstreeks aan het „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, gezonden te worden.

([3]) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

([4]) Vak 7 of 8 invullen en een kruisje in het desbetreffende vakje plaatsen.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 121 [ ] (1)

VERKLARING VOOR DE INSCHRIJVING VAN PENSIOENGERECHTIGDEN EN HUN GEZINSLEDEN EN HET BIJHOUDEN VAN DE INVENTARISSEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 28.1.a; artikel 29.1.a
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 29.1, 2 en 3; artikel 30.1; artikel 95.4

Het orgaan dat de verklaring op grond van artikel 29.2 van Verordening (EEG) nr. 574/72 moet afgeven, vult deel A van het formulier in en reikt twee exemplaren aan de pensioengerechtigde uit of doet deze toekomen aan het orgaan van de woonplaats indien dit het formulier heeft aangevraagd. Zo nodig worden beide exemplaren eerst toegezonden aan het orgaan dat de vakken 6 en 7 moet invullen. Na ontvangst van beide exemplaren vult het orgaan van de woonplaats deel B in en zendt een exemplaar aan het in vak 7 genoemde orgaan.

Dit formulier, bestaande uit 4 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

A. Kennisgeving van het bestaan van het recht

1. Orgaan van de woonplaats (2)

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....
1.4 Betreft: uw formulier E 107 van .....

2. Pensioengerechtigde

2.1 Familienaam/-namen (3): ..... Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend): .....
2.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....
2.3 Adres in het land van de woonplaats: .....
.....
2.4 Datum van de eventuele verandering van woonplaats: .....
2.5 Persoonlijk identificatienummer: .....
2.6 De pensioengerechtigde was een
☐ werknemer
☐ zelfstandige
☐ grensarbeider (werknemer)
☐ grensarbeider (zelfstandige)
☐ werkloze

3. In te vullen door het orgaan dat het pensioen verschuldigd is

3.1 Bovengenoemde persoon heeft recht op een pensioen wegens
☐ ouderdom ☐ invaliditeit ☐ overleving
☐ arbeidsongeval ☐ beroepsziekte
3.2 sinds: .....

4. Orgaan dat vak 3 heeft ingevuld (4)

4.1 Naam: .....
4.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
4.3 Adres: .....
.....
4.4 Stempel 4.5 Datum: .....
4.6 Handtekening:
.....

▼M11

E 121

5. Gezinslid van de pensioengerechtigde

5.1 Familienaam/-namen [3]: Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend) [3]:

.....

5.2 Voornaam/-namen: Geboortedatum:

....

5.3 Adres in het land van de woonplaats: .....

.....

5.4 Persoonlijk identificatienummer: .....

5.5 Datum van de eventuele verandering van woonplaats: .....

.....

6. In te vullen door het orgaan dat het pensioen verschuldigd is of door het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van het land dat het pensioen verschuldigd is [5]

6.1 Identificatienummer van het behandelende orgaan: .....

6.2 ☐ De in vak 2 genoemde persoon

☐ De in vak 5 genoemde persoon

heeft recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering met ingang van .....

6.3 De kosten van de verstrekkingen die worden verleend in het land van de woonplaats komen te onzen laste, tenzij de betrokkene in het bevoegde land woont.

6.4 ☐ met ingang van ..... tot de verklaring wordt ingetrokken

6.5 ☐ gedurende een jaar met ingang van ..... [6]

6.6 ☐ Door de afgifte van dit formulier eindigt de geldigheid van formulier E ..... van ..... (datum)

7. ☐ Gelieve de Europese Ziekteverzekeringskaart van de in vak 2 of 5 vermelde persoon met nummer ..... en geldig tot ..... in te leveren.

8. Orgaan dat vak 6 heeft ingevuld [4]

8.1 Naam: .....

8.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

8.3 Adres: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Handtekening:

.....

B. Kennisgeving van inschrijving of niet-inschrijving

9. ☐ [7]

9.1 ☐ De in vak 2 genoemde persoon

☐ De in vak 5 genoemde persoon

kon niet worden ingeschreven

9.2 ☐ omdat hij/zij reeds recht heeft op verstrekkingen krachtens de wetgeving van ons land

9.3 ☐ Andere redenen: .....

.....

.....

(2)

▼**M11**

E 121

10. ☐ (7)

10.1 ☐ De in vak 2 genoemde persoon

☐ De in vak 5 genoemde persoon

is ingeschreven

10.2 ☐ De kosten van bedoelde verstrekkingen komen voor uw rekening; de ingangsdatum voor de berekening van het vaste bedrag overeenkomstig artikel 95 van Verordening (EEG) nr. 574/72 is .....

11. Europese Ziekteverzekeringskaart

11.1 ☐ Gelieve hierbij de Europese Ziekteverzekeringskaart aan te treffen met nummer ..... en geldig tot ..... zoals gevraagd in vak 7

11.2 ☐ Gelieve de maatregelen te vermelden die genomen dienen te worden betreffende de Europese Ziekteverzekeringskaart verstrekt aan de in vak 2 of 5 vermelde persoon met nummer ..... en geldig tot .....

12. Orgaan van de woonplaats van de pensioengerechtigde of zijn gezinsleden

12.1 Naam: .....

12.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

12.3 Adres: .....

.....

12.4 Stempel

12.5 Datum: .....

12.6 Handtekening:

.....

Aanwijzingen voor de pensioenrgerechtigde of het gezinslid

U dient dit formulier zo spoedig mogelijk in tweevoud over te leggen aan het volgende verzekeringsorgaan:

in **België**, *het gekozen ziekenfonds/mutualité;*

in de **Tsjechische Republiek**, *de „Zdravotní pojišťovna", het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*

in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia); de aanvrager ontvangt een medische kaart, die nodig is, om verstrekkingen te verkrijgen van de medische inrichtingen van de staat;*

in **Denemarken**, *het gemeentebestuur van de woonplaats;*

in **Duitsland**, *de„Krankenkasse" (ziekteverzekeringsfonds) waarvoor de betrokkene heeft gekozen;*

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

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

in **Estland**, *de „Eesti Haigekassa" (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*

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

in **Ierland**, *de „Health Board" in het gebied waarvan de verstrekkingen worden gevraagd;*

in **Italië**, *de „Azienda sanitaria locale" (ASL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert;*

in **Letland**, *het „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*

in **Litouwen**, *de „Teritoriné ligoniu kasa" (Territorial Patient Fund);*

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

in **Hongarije**, *de bevoegde „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (lokale ziekenkas);*

in **Malta**, *de „Entitlement Unit" (dienst Rechten), Ministry of Health, Valletta;*

in **Nederland**, *een ziekteverzekering die bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" waaronder de woonplaats valt;*

in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia" (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Portugal**, *voor* **het vasteland**: *het „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Districtcentrum voor solidariteit en sociale zekerheid) in de woonplaats; voor* **Madeira**: *het „Centro de Segurança Social da Madeira" (Centrum voor sociale zekerheid) te Funchal; voor de* **Azoren**: *het „Centro de Prestações Pecuniárias" (Centrum voor uitkeringen) in de woonplaats;*

in **Slovenië**, *de bevoegde regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië) van de woonplaats;*

in **Slowakije**, *het „zdravotná poisťovňa" (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft;*

in **Finland**, *het lokale kantoor van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering);*

in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats. Medische bijstand (ziekenhuis, arts, tandarts) kan worden gevraagd zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd;*

▼**M11**

E 121

in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*

in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*

in **Zwitserland,** *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alleen invullen indien de verklaring op verzoek van het orgaan van de woonplaats wordt opgesteld. Indien de aanvrager in het Verenigd Koninkrijk woont, dienen beide exemplaren van dit formulier rechtstreeks aan het Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, gezonden te worden.

(3) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

(4) In Hongarije moet dit vak ingevuld worden door het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering.

(5) In Italië moeten de vakken 6 en 7 ingevuld worden door de ASL of het ministerie van Volksgezondheid.

(6) Indien het formulier is afgegeven door een Duits, Frans, Hongaars, Italiaans of Portugees orgaan en een gezinslid betreft.

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

▼M3

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 123 [ ] (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN VAN DE ARBEIDSONGEVALLEN- EN BEROEPSZIEKTEVERZEKERING

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 52.a; artikel 55.1.a.i; b.i. en c.i
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 60.1; artikel 62.4 en 6; artikel 63.1 en 3

Indien het formulier door het orgaan van de woon- of verblijfplaats van de betrokkene door middel van formulier E 107 wordt aangevraagd, moet het aan bedoeld orgaan worden toegezonden; in andere gevallen moet het aan de verzekerde worden uitgereikt.

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. Orgaan van woon- of verblijfplaats (2)

1.1 Naam: .....
1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
1.3 Adres: .....
.....
1.4 Betreft: uw formulier E 107 van .....

2. Verzekerde

2.1 Familienaam/-namen (3): .....
2.2 Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend): .....
2.3 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....
2.4 Persoonlijk identificatienummer:
.....
2.5 De verzekerde is
☐ een werknemer
☐ een zelfstandige
☐ een grensarbeider (werknemer)
☐ een grensarbeider (zelfstandige)
☐ een werkloze

3. Op grond van

3.1 ☐ de door u verstrekte informatie in uw formulier E 107 .....
3.2 ☐ het arbeidsongeval dat plaatsvond op .....
met de hierna genoemde gevolgen:
.....
.....
.....
3.3 ☐ de beroepsziekte vastgesteld op .....
met de hierna genoemde gevolgen:
.....
3.4 ☐ de door ons aan de betrokkene verleende toestemming tot behoud van het recht op verstrekkingen
in ..... (land) waarheen hij/zij zich begeeft
☐ om zich er te vestigen ☐ voor een medische behandeling

▼**M11**

E 123

4. Aan bovengenoemde persoon kunnen verstrekkingen worden verleend wegens

☐ een arbeidsongeval ☐ een beroepsziekte

4.1 ☐ voor de duur als bepaald in de wetgeving van het land van de woonplaats

4.2 ☐ van ..... ☐ tot en met .....

4.3 ☐ gedurende ten hoogste drie maanden

4.4 ☐ voor onbepaalde tijd

5. Het rapport van onze controlerend geneesheer

5.1 ☐ is in een gesloten omslag bijgevoegd

5.2 ☐ is verzonden op ..... aan([4]) .....

.....

5.3 ☐ kan bij ons worden opgevraagd

5.4 ☐ is niet opgesteld

6. Bevoegd orgaan

6.1 Naam: .....

6.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

6.3 Adres: .....

.....

6.4 Stempel

6.5 Datum: .....

6.6 Handtekening:

.....

Aanwijzingen voor de verzekerde

U dient deze verklaring zo snel mogelijk toe te zenden aan het verzekeringsorgaan van het land waar u zich bevindt, d.w.z.:

in **België**,

a) *voor verstrekkingen in verband met een ziekte of ongeval buiten het werk, het ziekenfonds waarvoor u heeft gekozen;*

b) *voor verstrekkingen in verband met een beroepsziekte, het Fonds voor beroepsziekten, 1210 Brussel;*

in de **Tsjechische Republiek**, *het bevoegde „Zdravotní pojišťovna" (ziekteverzekeringsfonds);*

in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia); de aanvrager ontvangt een medische kaart, die nodig is om verstrekkingen te verkrijgen van de medische inrichtingen van de staat;*

in **Denemarken**, *voor medische bijstand van een arts of tandarts kunt u een huisarts of tandarts van de openbare gezondheidsdienst contacteren, voor behandeling bij noodgevallen kunt u rechtstreeks naar een openbaar ziekenhuis gaan;*

in **Duitsland**, *het ongevallenverzekeringsorgaan waaronder de woon- of verblijfplaats valt;*

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

in **Spanje**, *de medische of ziekenhuisdiensten van het Spaanse gezondheidszorgstelsel die door de sociale verzekering gedekt worden. U dient dan het formulier plus een fotokopie over te leggen;*

in **Estland**, *de „Eesti Haigekassa" (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*

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

in **Ierland**, *de „Health Board" in het gebied waarvan de verstrekkingen worden gevraagd;*

in **Italië**,

a) *voor verstrekkingen de ASL (plaatselijke administratieve afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de regio ressorteert; voor zeelieden en het vliegend personeel van de burgerluchtvaart het „Ministero della Sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministerie van Volksgezondheid, Gezondheidsdienst voor de koopvaardij en de burgerluchtvaart);*

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

▼**M11**

E 123

in **Letland**, *het „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*

in **Litouwen**, *de „Teritoriné ligoniu kasa” (Territoriale Ziekenkas); medische bijstand is beschikbaar zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd;*

in **Luxemburg**, *de „Association d'assurance contre les accidents” (ongevallenverzekering);*

in **Hongarije**, *de bevoegde „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (lokale ziekenkas);*

in **Malta**,

in **Nederland**, *een ziekteverzekering die bevoegd is voor de woonplaats, of bij een tijdelijk verblijf de „Agis Zorgverzekeringen”, Utrecht. Hulp van huisarts, tandarts en apotheker kan worden ingeroepen zonder voorafgaand contact met Agis Zorgverzekeringen;*

in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse” waaronder de woonplaats valt, of de „Allgemeine Unfallversicherungsanstalt”, Wenen;*

in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia” (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Portugal**, *het „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais” (Nationaal Centrum voor bescherming tegen beroepsrisico's), Lissabon;*

in **Slovenië**, *de bevoegde regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)” (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië) van de woon- of verblijfplaats;*

in **Slowakije**, *het „zdravotná poisťovňa” (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft;*

in **Finland,** *de „Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto” (Federatie van ongevallenverzekeringsorganen);*

in **Zweden**, *de „Försäkringskassan” (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats. Medische bijstand (ziekenhuis, arts, tandarts) kan worden gevraagd zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd;*

in het **Verenigd Koninkrijk**, *de behandelende medische dienst (arts, tandarts, ziekenhuis);*

in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins” (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*

in **Liechtenstei***n, het „Amt für Volkswirtschaft” (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*

in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor” (verzekeringskantoor) in de woonplaats. Medische bijstand kan worden gevraagd zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd;*

in **Zwitserland**, *de „Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio” (Nationaal Ongevallenverzekeringsfonds), Luzern. Medische bijstand (ziekenhuis, arts, apotheek) kan worden gevraagd zonder dat eerst het orgaan moet worden gecontacteerd.*

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alleen invullen indien de verklaring op verzoek van het orgaan van de woon- of verblijfplaats wordt opgesteld. Indien de verzekerde in het Verenigd Koninkrijk woont, dient een exemplaar van dit formulier aan het Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, gezonden te worden.

(3) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

(4) Naam en adres van het orgaan waaraan het medische rapport is toegezonden.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 124 [ ] (1)

AANVRAAG OM UITKERING BIJ OVERLIJDEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 65
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 78

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. Ondergetekende

1.1 Familienaam/-namen (2): ..... Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend): .....

1.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

1.3 Persoonlijk identificatienummer: .....

1.4 Orgaan waarbij ondergetekende verzekerd is (3) (4): .....

.....

1.5 Verwantschap met de overledene: .....

1.6 Adres: .....

.....

.....

2. verzoekt om een uitkering in verband met het overlijden van (5):

3.

3.1 Familienaam/-namen: ..... Familienaam/-namen bij de geboorte (indien afwijkend): .....

3.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

3.3 Persoonlijk identificatienummer: .....

3.4 Datum van overlijden: .....

3.5 Doodsoorzaak:

☐ ziekte ☐ ongeval ☐ arbeidsongeval

☐ beroepsziekte ☐ inwerking door derde(n) ☐ andere oorzaken

3.6 Orgaan waarbij de overledene verzekerd was (3) (4): .....

.....

4. De aanvrager ☐ werd ☐ werd niet door de overledene onderhouden

5. De overledene ☐ werd ☐ werd niet door de aanvrager onderhouden

6. De overledene ☐ werd ☐ werd niet tegen vergoeding gehuisvest

☐ door de aanvrager

☐ in een tehuis waarvan de aanvrager de beheerder, een personeelslid of een medepensiongast is (6)

7. De aanvrager ☐ is ☐ is geen begrafenisondernemer, aangestelde of lasthebber van een begrafenisondernemer (6) (7)

De aanvrager ☐ is ☐ is geen privaatrechtelijke rechtspersoon die op basis van een verzekeringspolis de kosten of een deel daarvan heeft vergoed (6)

8. De begrafeniskosten bedragen (8) ..... ; en zijn vergoed door .....

9. De volgende documenten zijn bijgesloten: .....

.....

.....

.....

▼**M11**

E 124

10. Gelieve het verschuldigde bedrag over te maken naar de rekening van de aanvrager nr. IBAN .....

bij de ..... (BIC/SWIFT-code) .....

in ..... ([9])

11. Datum: .....

11.1 Handtekening:

.....

Aanwijzingen voor de aanvrager

a) *Om een uitkering bij overlijden te ontvangen, dient u door midel van dit formulier uw aanvraag in te dienen*

– *ofwel bij het bevoegde verzekeringsorgaan,*

– *ofwel bij het verzekeringsorgaan van uw woonplaats, d.w.z.:*

in **België**, *een ziekenfonds;*

in de **Tsjechische Republiek**, *het „Úřad práce" (arbeidsbemiddelingsbureau) in de woon- of verblijfplaats;*

in **Denemarken**, *het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, Kopenhagen;*

in **Griekenland**, *het plaatselijke kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA);*

in **Spanje**, *de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinciale Directie van het Nationale Instituut voor de sociale zekerheid) van de woonplaats;*

in **Frankrijk**, *het orgaan dat de verstrekkingen van de ziekteverzekering toekent of zou toekennen;*

in **Ierland**, *het „Department of Social Welfare", Dublin;*

in **Italië**, *het provinciale kantoor van het INAIL;*

in **Letland**, *het „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (Nationaal Bureau voor sociale verzekering);*

in **Litouwen**, *de „Savivaldybės socialinės paramos skyrius" (Gemeentelijke dienst voor sociale bijstand) in de woon - of verblijfplaats;*

in **Luxemburg**, *de „Union des caisses de maladie" (Unie van ziekteverzekeringen);*

in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" die bevoegd is voor de woonplaats;*

in **Polen**, *de „Zaklad Ubezpieczin Spolecznych" (ZUS, Orgaan voor sociale zekerheid), het kantoor dat verantwoordelijk is voor de woon- of verblijfplaats of, voor landbouwers, het bevoegde regionale kantoor van de „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego" (KRUS, Sociaal Verzekeringsfonds voor de landbouw), het „Zaklad Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji" (Dienst Pensioenen van het ministerie van Interne Zaken en Administratie — Verbindingsbureau bijzondere regelingen);*

in ***Portugal,*** *voor* **het vasteland**: *het „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Districtcentrum voor solidariteit en sociale zekerheid) in de woonplaats; voor* **Madeira**: *het „Centro de Segurança Social da Madeira" (Centrum voor sociale zekerheid) te Funchal; voor de* **Azoren**: *het „Centro de Prestações Pecuniárias" (Centrum voor uitkeringen) in de woonplaats;*

in **Slovenië**, *de bevoegde regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië) van de woon- of verblijfplaats;*

in **Slowakije**, *de „Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny" (Dienst Arbeid, Sociale Zaken en Gezinszaken) in de woon- of verlijfplaats van de overledene;*

in **Finland**, *het „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering), Helsinki;*

in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Bureau voor sociale verzekering) in de woon- of verblijfplaats;*

in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins" (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*

in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft" (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*

in **Noorwegen**, *het „lokale trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*

in **Zwitserland**, *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*

b) *Aan uw aanvraag moeten de volgende documenten worden toegevoegd:*

voor **België,**	*een door het gemeentebestuur uitgereikt bewijs van overlijden, de betaalde rekeningen van de begrafeniskosten met ontvangstbevestiging van de betaling, elk document waaruit de bloedverwantschap of de aanverwantschap met de overledene blijkt of wel het feit dat de betrokkene met de overledene onder hetzelfde dak heeft gewoond;*
voor **Denemarken,**	*overlijdensakte, Gelieve de „vejledning om ansøgning voor begravelseshælp" (aanwijzingen voor de aanvraag om de uitkering bij overlijden) die u vervolgens wordt toegezonden zorgvuldig te lezen;*
voor **Griekenland,**	*overlijdensakte, gezondheidsboekje, verzekeringskaarten, eventueel de betaalde voor ontvangst getekende rekeningen van de begrafeniskosten;*
voor **Spanje,**	*overlijdensakte, een verklaring van bloedverwantschap, ofwel de betaalde voor ontvangst getekende rekeningen van de begrafeniskosten wanneer tussen de aanvrager en de overledene geen bloedverwantschap bestond;*
voor **Frankrijk,**	*in alle gevallen het „bulletin de décès" (bewijs van overlijden) van de verzekerde, voorts naar omstandigheden: — wanneer u met de overledene getrouwd was, de „fiche familiale" (familiekaart) van de burgerlijke stand, — wanneer u een bloedverwant in neerdalende lijn (zoon, dochter, kleinkind, enz.) van de overledene bent, de „fiche familiale" (familiekaart) van de burgerlijke stand waaruit de verwantschap blijkt, — wanneer u een bloedverwant in opgaande lijn (vader, moeder, grootvader, enz.) van de overledene bent, zijn/haar „fiche individuelle" (persoonskaart van de burgerlijke stand); — wanneer u op grond van andere redenen door de overledene werd onderhouden, een op erewoord afgelegde verklaring waaruit blijkt dat de overledene werkelijk, volledig en voortdurend in uw onderhoud voorzag;*

▼M11

E 124

voor **Ierland,**	*overlijdensakte;*
	huwelijksakte, indien van toepassing;
	de begroting of de afrekening van de begrafenisondernemer voor de begrafeniskosten, of de kwitantie indien u heeft betaald;
voor **Italië,**	*overlijdensakte;*
	bewijs van inschrijving bij de verzekering;
	verklaring betreffende verwantschap, indien van toepassing;
voor **Letland,**	*overlijdensakte;*
voor **Litouwen,**	*overlijdensakte;*
voor **Luxemburg,**	*overlijdensakte;*
	betaalde voor ontvangst getekende betaalde rekeningen van de begrafeniskosten;
	eventueel een verklaring van het gemeentebestuur over samenwoning;
voor **Oostenrijk,**	*overlijdensakte;*
	betaalde voor ontvangst getekende rekeningen van de begrafeniskosten;
voor **Polen,**	*overlijdensakte, originele rekeningen voor begrafeniskosten, een verklaring van de aanvrager dat hij/zij geen andere vergelijkbare uitkeringen heeft ontvangen;*
voor **Portugal,**	*overlijdensakte en betaalde voor ontvangst getekende betaalde rekeningen van de begrafeniskosten;*
voor **Slovenië:**	*voor begrafenisuitkering: overlijdensakte of registratie van het overlijden van de verzekerde, het origineel van een rekening voor begrafeniskosten;*
	voor uitkering bij overlijden: overlijdensakte of registratie van het overlijden van de verzekerde;
	bij overlijden van een echtgenoot: huwelijksakte;
	bij overlijden van een vader of moeder dient het kind geboortebewijs en een bewijs van inschrijving aan school of universiteit (indien ouder dan 18 jaar) over te leggen;
	aanvragers die niet als gezinsleden van de overledene verzekerd zijn, dienen een document over te leggen waaruit blijkt dat de overledene verplicht was hen tot zijn/haar dood te onderhouden;
voor **Slowakije,**	*overlijdensakte en voor ontvangst getekende betaalde rekeningen van de begrafeniskosten;*
voor **Estland,**	*overlijdensakte;*
	indien de aanvraag door een begrafenisondernemer wordt ingediend, een brief van de advocaat van de rechthebbende;
	als de betrokkene op Estlands grondgebied is overleden, dient een desbetreffende verklaring met het oog op de aanvraag aan de overlijdensakte te worden gehecht;
voor **Finland,**	*overlijdensakte;*
	documenten waaruit de verwantschap met de overledene blijkt;
	indien de aanvraag door een begrafenisondernemer wordt ingediend, een brief van de advocaat van de rechthebbende;
voor **Zweden,**	*overlijdensakte;*
	verklaring betreffende de doodsoorzaak;
voor **Liechtenstein,**	*overlijdensakte;*
	verklaring betreffende de doodsoorzaak;
	voor ontvangst getekende betaalde rekeningen van de begrafeniskosten;
voor **Noorwegen,**	*overlijdensakte.*

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

(3) Alleen vermelden indien het een werknemer, een rechthebbende op pensioen of rente of een aanvrager van pensioen of rente betreft.

(4) Naam en adres aangeven.

(5) Ten behoeve van Portugese organen het inlegblad invullen.

(6) Invullen wanneer de uitkering wordt aangevraagd krachtens de Belgische wetgeving indien de aanvrager van de uitkering geen echtgenoot of bloed- of aanverwant tot de derde graad van de overledene is.

(7) Indien de aanvrager een begrafenisondernemer is en de uitkering wordt aangevraagd ingevolge de Finse of de Estlandse wettelijke regeling, dient een brief van de advocaat van de rechthebbende op de uitkering bijgevoegd te worden.

(8) Het bedrag opgeven in de munteenheid van het land waar de aanvrager van de uitkering woont.

(9) Niet van toepassing bij andere organen.

▼**M11**

E 124 inlegblad

AANVULLENDE INLICHTINGEN
TEN BEHOEVE VAN PORTUGESE ORGANEN

1. Echtgenoot/Echtgenote

1.1 Burgerlijke staat

☐ weduwnaar/weduwe ☐ hertrouwd ☐ gescheiden

1.2 Leefde hij/zij onder hetzelfde dak en ten laste van de overledene?

☐ ja ☐ neen

2. Kinderen die recht hebben op gezinsbijslagen

	Familienaam/-namen	Voornaam/-namen	Verwantschap	Geboorte-datum	Genoten onderwijs	Gehandicapt kind
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼**M11**

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 125 [ ] (1)

INDIVIDUELE OPGAVE VAN DE WERKELIJKE UITGAVEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 36.1 en 2; artikel 63.1; artikel 87.1
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 93.1, 2, 4 en 5; artikel 105.1

Per zorgontvanger één formulier invullen.

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

1. Rekening nr. ..... van het ☐ 1e halfjaar ☐ 2e halfjaar van het begrotingsjaar 20.....

2. Bevoegd orgaan waarvoor het formulier is bestemd

2.1 Naam: .....

2.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

2.3 Adres: .....

3. Ontvanger van de zorg

3.1 Familienaam/-namen (2): .....

3.2 Familienaam/-namen bij geboorte (indien verschillend): .....

3.3 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

.....

3.4 Persoonlijk identificatienummer (3):

a) toegekend door het bevoegde orgaan

.....

b) toegekend door het crediteurorgaan

3.5 De verzekerde is een

☐ werknemer

☐ zelfstandige

☐ grensarbeider (werknemer)

☐ grensarbeider (zelfstandige)

☐ werkloze

4. Bovengenoemde persoon heeft verstrekkingen ontvangen op basis van het volgende document:

4.1 ☐ Europese Ziekteverzekeringskaart nr.: ..... Geldig tot: .....

☐ verklaring die voorlopig de Europese Ziekteverzekeringskaart vervangt, nr.: .....

van: ..... (datum) geldig van ..... tot en met .....

☐ formulier E ..... van ..... geldig van ..... tot en met .....

4.2 Bovengenoemde persoon heeft het aangevraagde medische onderzoek ondergaan op .....

▼**M11**

E 125

5.	Gedane uitgaven			Bedrag (4)
5.1	**Voor verstrekkingen verleend**	van	t/m	.....
	in verband met (5)	☐ ziekte	☐ ongeval (geen arbeidsongeval)	
			☐ arbeidsongeval of beroepsziekte	
5.2	Medische hulp	.....		.....
5.3	Tandheelkundige hulp	.....		.....
5.4	Medicijnen	.....		.....
5.5	Ziekenhuisverpleging	van	t/m	.....
		van	t/m	.....
5.6	Andere verstrekkingen (6)	.....		.....
		.....		.....
5.7	**Totaal verstrekkingen**			.....
5.8	**Medische onderzoeken** (7)	.....		
	.....			.....
5.9	**Voor uitkeringen** verleend	van	t/m	.....
5.10	**Totaal uitgaven**			==========

6.	Crediteurorgaan		
6.1	Naam:		
6.2	Identificatienummer van het orgaan:		
6.3	Adres:		
	.....		
6.4	Stempel (8)	6.5	Datum: .....
		6.6	Handtekening:
			.....

7.	Ruimte ten behoeve van het orgaan van het bevoegde land

▼M11

E 125

OPMERKINGEN

(1) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

(2) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

(3) Indien de ontvanger van de zorg een op basis van een formulier E 106 ingeschreven gezinslid is, het persoonlijke identificatienummer van de verzekerde aangeven.

(4) Het bedrag in de nationale munteenheid aangeven.

(5) Indien het formulier aan een Zwitsers orgaan wordt toegezonden.

(6) De aard van de verstrekkingen vermelden: verloskundige hulp, tandprothesen, orthopedische prothesen, geneeskrachtige baden, ziekenvervoer, aanvullende middelen voor het vaststellen van de diagnose, enz.

(7) De aard van de geneeskundige controles of de medische onderzoeken vermelden.

(8) Een elektronisch verzonden en ondertekend formulier hoeft niet te worden gestempeld.

▼M11

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 126 [ ] (1)

TARIEVEN VOOR DE VERGOEDINGEN VAN VERSTREKKINGEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 22.1.a.i; artikel 22.3; artikel 22.a; artikel 31.a; artikel 34.a
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 34

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en zendt hetzij direct hetzij via het verbindingsorgaan twee exemplaren hiervan aan het orgaan dat de verstrekkingen aan de betrokkene in het land van verblijf zou hebben moeten verlenen. Het orgaan van de verblijfplaats zendt na deel B van het formulier te hebben ingevuld één exemplaar daarvan terug aan het bevoegde orgaan.

Dit formulier, bestaande uit 3 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen.

A. Aanvraag

1. Orgaan waaraan het formulier is gericht (2)

1.1 Naam: .....

1.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

1.3 Adres: .....

.....

.....

2. ☐ Rechthebbende

2.1 Familienaam/-namen (3): .....

2.2 Familienaam/-namen bij de geboorte (indien afwijkend):

.....

2.3 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

.....

2.4 Persoonlijk identificatienummer:

.....

2.5 De betrokkene is/was een

☐ werknemer

☐ zelfstandige

☐ grensarbeider (werknemer)

☐ grensarbeider (zelfstandige)

☐ werkloze

3. Gezinslid van de rechthebbende indien hij/zij de zorg heeft ontvangen:

3.1 Familienaam/-namen (3): .....

3.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....

3.3 Persoonlijk identificatienummer: .....

4. De bovengenoemde persoon

4.1 die tijdelijk verbleef in ..... (land)

4.2 te ..... (plaats)

4.3 heeft zelf betaald voor de verstrekkingen die hij/zij nodig had .....

5. Wij verzoeken u op bijgaande kwitanties voor elke verstrekking afzonderlijk de bedragen te vermelden die kunnen worden vergoed overeenkomstig de tarieven die door het orgaan van de verblijfplaats worden toegepast. Uitsluitend voor Luxemburg eveneens de eigen bijdrage van de verzekerde opgeven.

6. Bijgevoegd: ..... kwitanties.

▼M11

E 126

7. Bevoegd orgaan

7.1 Naam: .....

7.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

7.3 Adres: .....

.....

7.4 Stempel

7.5 Datum: .....

7.6 Handtekening:

.....

B. Antwoord

8. Bijgevoegd ..... kwitanties waarop op uw verzoek de tarieven zijn vermeld

9. ☐ Te vergoeden bedrag ..... ☐ Geen vergoeding

10. Opmerkingen: .....

.....

.....

.....

11. Orgaan van de verblijfplaats

11.1 Naam: .....

11.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

11.3 Adres: .....

.....

11.4 Stempel

11.5 Datum: .....

11.6 Handtekening:

.....

OPMERKINGEN

([1]) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

([2]) Indien het orgaan dat de verstrekkingen had moeten verlenen niet bekend is, kan het formulier worden gezonden aan het verbindingsorgaan van het land van verblijf, t.w.:

in **België**, *het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), Brussel;*
in de **Tsjechische Republiek**, *het CMU (Centrum voor internationale vergoedingen), Praag;*
in **Denemarken**, *het „Indenrings- og Sundhedsministeriet" (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid), Kopenhagen;*
in **Duitsland**, *de DVKA (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland), Bonn;*
in **Estland**, *het „Eesti Haigekassa", (Ziekteverzekeringsfonds);*
in **Griekenland**, *het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA); voor zeelieden het Pensioenfonds voor Zeelieden (NAT);*
in **Spanje**, *het „Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Nationaal instituut voor de sociale zekerheid) te Madrid;*
in **Frankrijk**, *het „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (Verbindingscentrum voor Europese en internationale sociale zekerheid), Parijs;*
in **Ierland**, *het „Department of Health", Dublin;*
in **Italië**, *het „Ministero della Salute" (Ministerie van Volksgezondheid), Rome;*
in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid), 1448 Lefkosia;*
in **Letland**, *het „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Nationaal Bureau verplichte ziekteverzekering), Riga;*
in **Litouwen**, *het „Valstybinė ligonių kasa" (Nationaal Ziekteverzekeringsfonds), Vilnius;*
in **Luxemburg**, *de „Union des Caisses de Maladie", Luxemburg;*
in **Hongarije**, *het „Országos Egészségbiztositási Pénztár" (National Ziekteverzekeringsfonds), Boedapest;*
in **Malta**, *de Entitlement Unit, Ministry of Health, 23, St. John Street, Valletta;*
in **Nederland**, *de „Agis Zorgverzekeringen", Utrecht;*
in **Oostenrijk**, *het „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger" (Vereniging van Oostenrijkse instellingen van sociale zekerheid), Wenen;*
in **Polen**, *the Narodowy Fundusz Zdrowia (Nationaal Fonds voor de gezondheidszorg), Warschau;*
in **Portugal**, *het „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Afdeling Buitenlandse Betrekkingen en Verdragen inzake Sociale Zekerheid), Lissabon;*
in **Slovenië**, *de „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija" (Nationale ziekteverzekering), Ljubljana;*
in **Slowakije**, *de „Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou" (Toezichthoudende Autoriteit voor de Volksgezondheid), Bratislava;*

▼**M11**

E 126

in **Finland**, *het „Kansaneläkelaitos” (Instituut van de sociale verzekering), Helsinki;*
in **Zweden**, *de „Riksförsäkringsverket” (Nationale Raad Sociale Verzekering), Stockholm;*
in **IJsland**, *het „Tryggingastofnun rikisins” (Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid), Reykjavik;*
in **Liechtenstein**, *het „Amt für Volkswirtschaft” (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*
in **Noorwegen**, *de „Rikstrygdeverket” (Nationale Verzekeringsadministratie), Oslo;*
in **Zwitserland**, *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG” (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*

([3]) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

———

▼**M11**

ADMINISTRATIEVE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN MIGRERENDE WERKNEMERS

E 127 [ ] (1)

INDIVIDUELE OPGAVE VAN DE MAANDELIJKSE VASTE BEDRAGEN

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 36.1 en 2
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 94; artikel 95

Het orgaan van de woonplaats vult het formulier eenmaal per kalenderjaar in en zendt het via het aangewezen orgaan of de aangewezen instelling voor de toepassing van artikel 102.2 van Verordening (EEG) nr. 574/72 toe aan het bevoegde orgaan.

Gelieve drie exemplaren van dit formulier in te vullen, in blokletters. Niet buiten de stippellijnen invullen. Voor iedere pensioengerechtigde en voor ieder gezinslid van een pensioengerechtigde een apart formulier invullen.

1.

Opgave nr. ..... | van het jaar 20..... (2)

2. Bevoegd orgaan

2.1 Naam: .....
2.2 Identificatienummer van het orgaan: .....
2.3 Adres: .....
.....

3. Het recht op verstrekkingen werd verworven door de volgende

☐ werknemer ☐ pensioengerechtigde
☐ zelfstandige

3.1 Familienaam/-namen (3): .....
3.2 Familienaam/-namen bij de geboorte (indien verschillend): .....
3.3 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....
3.4 Persoonlijk identificatienummer toegekend door het bevoegde orgaan:
.....
3.5 Persoonlijk identificatienummer toegekend door het crediteurorgaan:
.....

4. Deze individuele opgave heeft betrekking op

4.1 ☐ het gezin van de in vak 3 aangegeven persoon, woonachtig op het volgende adres: .....
.....
4.2 ☐ de in vak 3 aangegeven pensioengerechtigde, woonachtig op het volgende adres: .....
.....
4.3 ☐ onderstaand gezinslid van de in vak 3 aangegeven pensioengerechtigde
☐ onderstaand gezinslid van de in vak 3 aangegeven persoon (4)
4.3.1 Familienaam/-namen (3): .....
4.3.2 Voornaam/-namen: ..... Geboortedatum: .....
4.3.3 Adres: .....
.....
4.3.4 Persoonlijk identificatienummer toegekend door het bevoegde orgaan:
.....
4.3.5 Persoonlijk identificatienummer toegekend door het crediteurorgaan:
.....

▼M11

E 127

5. Van het recht van het gezin van de hierboven genoemde verzekerde of van de hierboven genoemde pensioengerechtigde en zijn gezinsleden op verstrekkingen is mededeling gedaan met uw formulier

E ..... van ..... (datum)

6. Voor de periode gedurende welke dit recht heeft bestaan

(van ..... tot en met .....),

6.1 bedraagt het aantal maandelijkse vaste vergoedingen .....

6.2 ☐ per gezin ongeacht het aantal gezinsleden en volgens hetzelfde tarief;

☐ per pensioengerechtigde of zijn/haar gezinsleden — een individueel E-formulier per persoon en hetzelfde tarief voor de pensioengerechtigde als voor de gezinsleden;

☐ per hoofd ([4]).

7. Crediteurorgaan

7.1 Naam: .....

7.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

7.3 Adres: .....

.....

7.4 Stempel ([8])

7.5 Datum: .....

7.6 Handtekening:

.....

OPMERKINGEN

([1]) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.

([2]) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.

([3]) Het jaar waarin de prestaties zijn verleend.

([4]) In het geval van een speciale regeling voor betaling van vaste bedragen.

([5]) Een elektronisch verzonden en ondertekend formulier hoeft niet te worden gestempeld.