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

►**B**

DÉCISION N° 179

du 18 avril 2000

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 111, E 111 B, E 113 à E 118 et E 125 à E 127)

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

(2002/154/CE)

(JO L 54 du 25.2.2002, p. 1)

Modifiée par:

		Journal officiel		
		n°	page	date
►**M1**	Décision 2003/251/CE n° 187 du 27 juin 2002	L 93	40	10.4.2003

▼B

DÉCISION Nº 179

du 18 avril 2000

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) nº 1408/71 et (CEE) nº 574/72 du Conseil (E 111, E 111 B, E 113 à E 118 et E 125 à E 127)

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

(2002/154/CE)

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

vu l'article 81, point a), du règlement (CEE) nº 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ([1]), aux termes duquel elle est chargée de traiter toute question administrative découlant du règlement (CEE) nº 1408/71 et des règlements ultérieurs,

vu l'article 2, paragraphe 1, du règlement (CEE) nº 574/72 du Conseil ([2]) fixant les modalités d'application du règlement (CEE) nº 1408/71, aux termes duquel elle établit les modèles de certificats, attestations, déclarations, demandes et autres documents nécessaires pour l'application des règlements,

vu le règlement (CE) nº 1606/98 du Conseil ([3]) modifiant les règlements (CEE) nº 1408/71 et (CEE) nº 574/72 en vue d'étendre leur application aux régimes spéciaux des fonctionnaires,

vu le règlement (CE) nº 307/1999 du Conseil ([4]) modifiant les règlements (CEE) nº 1408/71 et (CEE) nº 574/72 en vue d'étendre leur application aux étudiants,

considérant qu'il y a lieu d'adapter la décision nº 153 ([5]) et la décision nº 168 ([6]) concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application desdits règlements;

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

considérant que l'accord sur l'Espace économique européen du 2 mai 1992, complété par le protocole du 17 mars 1993, annexe VI, met en œuvre les règlements (CEE) nº 1408/71 et (CEE) nº 574/72 dans l'Espace économique européen;

considérant que, par décision du Comité mixte de l'EEE, les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) nº 1408/71 et (CEE) nº 574/72 seront adaptés et utilisés dans l'Espace économique européen;

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

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

([1]) JO L 149 du 5.7.1971, p. 2.
([2]) JO L 74 du 27.3.1972, p. 1.
([3]) JO L 209 du 25.7.1998, p. 1.
([4]) JO L 38 du 12.2.1999, p. 1.
([5]) JO L 244 du 19.9.1994, p. 22.
([6]) JO L 195 du 11.7.1998, p. 37.

▼B

DÉCIDE:

1. Les modèles de formulaires E 111, E 111 B, E 113 à E 118, E 125 et E 126, reproduits dans la décision nº 153, et E 127, reproduit dans la décision nº 168, sont remplacés par les modèles ci-joints.

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

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

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

Le président de la commission administrative

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» pages 2 et 3

E 111 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71: article 22.1.a.i; article 22.3; article 22 bis*; article 31.a; article 34* bis
Règlement 574/72: article 20.4; article 21.1; article 23; article 31.1 et 3

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

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

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

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

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

2 Membres de la famille ([3])

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

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

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

3.1 ([5]) ☐ du ..... au ..... inclus

3.2 ([5]) ☐ à partir du .....

▼**M1**

E 111

4	Institution compétente

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

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

.....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature

.....

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

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

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

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

.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

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

Indications pour l'assuré et les membres de sa famille

a) *Le présent document permet:*

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

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

d'obtenir des organismes assureurs de l'État de séjour les prestations en nature en cas de maladie, (y compris en cas de maladies chroniques et de maladies préexistantes) ou de maternité et, à titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

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

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

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

en **Allemagne,** *la caisse de maladie choisie par l'intéressé;*

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

▼**M1**

E 111

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) À compléter si elle en dispose.

▼M1

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

RÉGIME NON SALARIÉS

E 111 **B** (1)

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

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

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

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

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

2 Membres de la famille (3)

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

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

UNIQUEMENT HOSPITALISATION

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

4 Institution compétente

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

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

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

①

▼M1

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

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

INSTRUCTIONS

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

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

Indications pour l'assuré et les membres de sa famille

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

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

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

au **Danemark,** *l'«amtskommune» compétente (administration départementale). Dans la commune de Copenhague: le «magistrat» (administration communale); dans la commune de Frederiksberg: le «kommunalbestyrelse» (administration communale). Le formulaire doit être présenté à chaque demande de prestation;*

en **Allemagne,** *la caisse de maladie choisie par l'intéressé;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

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

([1]) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: B = Belgique.

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

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

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

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

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

([5]) À compléter si elle en dispose.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALISATION, NOTIFICATION D'ENTRÉE ET DE SORTIE

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

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

1 Institution compétente

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

2 ☐ Travailleur salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés) ☐ Étudiant
☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés) ☐ Autre personne assurée
☐ Travailleur en chômage ☐ Demandeur de pension ou de rente

2.1 Nom (2 bis)

.....

2.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 bis) ..... Date de naissance .....

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

.....

.....

2.4 Numéro d'identification (2 ter): .....

3 Membre de la famille hospitalisé

3.1 Nom (2 bis)

.....

3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 bis) ..... Date de naissance .....

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

.....

3.4 Numéro d'identification (2 ter): .....

4 Référence:

4.1 ☐ votre formulaire ..... du ..... (4)

4.2 ☐ votre formulaire E 107 du .....

A. Notification d'entrée

5 La personne désignée ☐ au cadre 2 ☐ au cadre 3

5.1 a été hospitalisée le .....

5.2 dans l'établissement ci-après (5) .....

5.3 par suite ☐ de maladie ☐ de maternité ☐ d'accident du travail (6)
☐ de maladie professionnelle (7) ☐ d'accident de la vie privée (8)

5.4 L'hospitalisation se prolongera probablement jusqu'au .....

5.5 ☐ (9) Pièces justificatives ou rapport médical en annexe.

▼B

E 113

B. Notification de sortie

6 L'hospitalisation notifiée

☐ par notre formulaire E 113 en date du .....

☐ à la partie A ci-dessus

a pris fin le .....

7 Institution du lieu de résidence ou de séjour

7.1 Dénomination: .....

7.2 Adresse ([2]): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

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

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

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

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

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

([5]) Dénomination de l'établissement hospitalier.

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

Nom ou raison sociale: .....

Adresse ([2]): .....

.....

([7]) À indiquer si possible.

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

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

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 114 ☐ (1)

OCTROI DE PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE

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

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

A. Notification

1 Institution compétente

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

2 (3) ☐ Travailleur salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés) ☐ Étudiant
☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés) ☐ Autre personne assurée
☐ Travailleur en chômage ☐ Demandeur de pension ou de rente

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

3 Membre de la famille concerné

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

4 Référence:
4.1 ☐ votre formulaire ..... du ..... (5)
4.2 ☐ notre formulaire E 107 du .....
5 Nos services médicaux ont reconnu, pour la personne désignée
☐ au cadre 2 ☐ au cadre 3
5.1 ☐ la nécessité ☐ l'urgence absolue
5.2 des prestations suivantes: .....
.....
5.3 dont le coût ☐ probable ☐ effectif est, au sens de notre législation, de
..... (6)
6 ☐ Vous trouverez en annexe le rapport médical de contrôle (7)
7 Les prestations citées au point 5.2 (8)
7.1 ☐ ont déjà été servies d'urgence le .....
7.2 ☐ seront servies si nous ne recevons pas d'opposition motivée de votre part dans les 15 jours à dater de l'envoi de la présente notification.

▼B

E 114

8	Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

B. Opposition éventuelle de l'institution compétente

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

Motif:

.....

.....

10	Institution compétente

10.1 Dénomination: ..... N° de code (9): .....

10.2 Adresse (2): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

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

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

Nom ou raison sociale: .....

Adresse (2): .....

.....

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

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

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

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

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

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

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

(9) À compléter si elle en dispose.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 115 ☐ (1)

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règlement 1408/71: article 19.1.b; article 22.1.a.ii; article 22 ter*; article 25.1.b; article 34* ter*; article 52.b; article 55.1.a.ii*
Règlement 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64

Si le formulaire concerne un travailleur en activité, il doit être établi en un seul exemplaire et adressé à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Par contre, s'il concerne un chômeur, il y a lieu d'établir deux exemplaires supplémentaires, dont l'un sera adressé à l'institution compétente en matière d'assurance-chômage, l'autre à l'institution correspondante du pays où le chômeur s'est rendu pour y chercher du travail (voir également notes 7 et 9).

1 Institution compétente

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

2 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur en chômage

2.1 Nom (2 *bis*)
.....
2.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 *bis*) ..... Date de naissance .....
2.3 Adresse dans le pays compétent (2):
.....
.....
2.4 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour (2):
.....
.....
2.5 Numéro d'identification (2 *ter*) .....
2.6 Porteur du formulaire E 119 délivré le ..... (3)
et du formulaire E 303 délivré le ..... (3)

3 Employeur (4)

3.1 Nom ou raison sociale: .....
3.2 Adresse (2): .....
.....
3.3 Activité de l'entreprise: .....

A. ☐ (5) **Demande de prestations**

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

4.1 ☐ de maladie (6) ☐ de maternité (date présumée de l'accouchement: .....)
☐ d'accident du travail ☐ d'accident survenu le .....
☐ de maladie professionnelle ☐ d'adoption ☐ indemnité réduite en cas de maternité et d'adoption (6)

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

▼B

E 115

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

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

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

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

.....

.....

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

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

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

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

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

11 Comme suite à

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

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

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

☐ dont vous trouverez le rapport en annexe,

☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,

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

.....

12 Institution du lieu de résidence ou de séjour

12.1 Dénomination: .....

12.2 Adresse (2): .....

.....

12.3 Cachet

12.4 Date: .....

12.5 Signature

.....

▼B

E 115

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

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

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

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

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

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

(5) Les parties A et B s'excluent; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie. Pour les Pays-Bas, il est indispensable de remplir le cadre 4.

(6) Pour les besoins des institutions norvégiennes.

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

(8) Si le formulaire est adressé à une institution allemande ou italienne, il n'y a pas lieu de cocher cette case; mettre une croix uniquement dans la case 10.

(9) En Italie, vous devez adresser ce formulaire — en cas de maladie ou de maternité — au siège local de l'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Institut national de la prévoyance sociale), ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle à l'«Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (institut national d'assurance contre les accidents du travail). Pour les Pays-Bas, si l'institution compétente d'assurance maladie n'est pas connue, adresser le formulaire au GAK, postbus 8300, Amsterdam.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 116 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71: article 19.1.b; article 22.1.a.ii, 1.b.ii et 1.c.ii; article 22 ter*; article 25.1.b; article 34* ter*; article 52.b; article 55.1.a.ii; 1.b.ii et 1.c.ii*
Règlement 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64; article 65.2 et 4

À remplir par le médecin de l'institution qui établit le formulaire E 115; à annexer à ce formulaire et à envoyer sous pli fermé dans les cas de maladie ou de maternité. Pour la Belgique, il doit toujours être adressé d'abord à l'institution compétente belge en matière d'assurance maladie (9). Au Liechtenstein, en Norvège et en Suède, le formulaire est rempli par le médecin consulté par l'intéressé et est vérifié par l'institution d'assurance.

1 Institution compétente destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

1.3 Référence: notre formulaire E 116 du .....

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

3 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur en chômage

3.1 Nom (2 *bis*)

.....

3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 *bis*) ..... Date de naissance .....

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

.....

.....

3.4 Numéro d'identification (3): .....

4 Je soussigné, ... , docteur en médecine, après avoir examiné la personne désignée ci-dessus

le ..... , estime

4.1 qu'il s'agit

☐ d'un cas de maladie ☐ d'un cas de maternité (date présumée de l'accouchement: .....)

4.2 qu'il s'agit probablement

☐ d'un accident du travail ☐ d'une maladie professionnelle ☐ d'un accident

4.3 ☐ d'une rechute ou aggravation

▼B

E 116

Partie A: Rapport général

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

5.1 Anamnèse et symptômes actuels:
.....
.....

5.2 Examen clinique

5.3 État général: ..... Poids: ..... Taille: ..... (4)

5.4 Autres constatations: .....
.....
.....

5.5 Examens techniques (5): .....
.....
.....

5.6 Diagnostic: .....

5.7 Conclusions:

5.8 ☐ L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler.

5.9 ☐ L'intéressé est reconnu incapable de travailler à partir
du ..... jusqu'au .....

5.10 ☐ L'intéressé est reconnu partiellement incapable de travailler
(..... %) du ..... jusqu'au ..... (5 *bis*)

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

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

Partie B: Rapports en cas d'accident du travail

6 Premier rapport médical

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

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

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

6.4 La victime est soignée
☐ à son domicile ☐ au cabinet du médecin
☐ à l'hôpital ☐ dans un autre endroit
Adresse (2) (8): .....
.....

②

▼B

E 116

7	Dernier rapport médical

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

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

7.3 ☐ sans séquelles

7.4 ☐ et auront probablement les conséquences suivantes:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8	Institution du lieu de résidence ou de séjour

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse ([2]): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

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

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

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

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

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

([5 bis]) Pour les besoins des institutions norvégiennes.

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

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

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

([9]) Il n'y a pas lieu d'établir le formulaire E 116 pour les demandes de prestations de maternité payables par la Belgique.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 117 ☐ (1)

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

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

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

1 Institution du lieu de résidence ou de séjour

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (2): .....

.....

.....

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

3 ☐ Le travailleur salarié ☐ Le travailleur non salarié ☐ Le travailleur en chômage

3.1 Nom (2 *bis*)

.....

3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 *bis*) ..... Date de naissance .....

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

.....

.....

3.4 Numéro d'identification (2 *ter*): .....

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

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

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

5 Ces prestations seront servies (3 *bis*)

5.1 ☐ par nos soins

5.2 ☐ par vos soins pour notre compte (3 *ter*)

5.3 ☐ par l'employeur (4)
du ..... au ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 L'indemnité doit être servie

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

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

6.4 ☐ (8) Lorsque les indemnités sont dues pour un mois entier, elles sont accordées pour 30 jours, que le mois ait plus de 30 jours ou moins.

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

7.1 ☐ d'un examen (9) .....

7.2 ☐ d'un contrôle administratif

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

▼B

E 117

8	Institution compétente			
8.1	Dénomination:		Nº de code ([10]):	.....
8.2	Adresse ([2]):			
	.....			
8.3	Cachet			
		8.4	Date:	.....
		8.5	Signature	
			.....	

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

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

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

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

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

([3 *bis*]) L'institution compétente peut indiquer ci-dessous le mode de paiement:
.....
.....

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

([4]) À remplir, le cas échéant, par les institutions danoises, allemandes et luxembourgeoises.

([5]) À remplir par les institutions allemandes, espagnoles et luxembourgeoises.

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

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

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

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

([10]) À compléter si elle en dispose.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 118 ☐ (1)

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

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

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

1 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur en chômage

1.1 Nom (1 *bis*)
.....

1.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (1 *bis*) ..... Date de naissance .....

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

1.4 Numéro d'identification (2 *bis*): .....

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

2.1 Dénomination: .....

2.2 Adresse (2): .....
.....

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

3.1 ☐ votre incapacité de travail n'est que partielle

3.2 ☐ vous avez droit à une indemnité partielle d'un montant de .....
à partir du ..... (3)

3.3 ☐ vous n'êtes pas incapable de travailler

3.4 ☐ votre incapacité de travail a pris fin le ..... (4)

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

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

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

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

4.1 Dénomination: ..... N° de code (5): .....

4.2 Adresse (2): .....
.....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature
.....

①

▼B

E 118

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 5 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

Indications pour le travailleur ou le chômeur

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

NOTES

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

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

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

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

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

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

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

(5) À compléter si elle en dispose.

▼B

E 118 Annexe

VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS

Règlement 574/72: article 18.4; article 61.4

1. **BELGIQUE**

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

Par tribunal du travail compétent, il faut entendre:

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

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

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

2. **DANEMARK**

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

3. **ALLEMAGNE**

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

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

4. **GRÈCE**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez, dans un délai de 30 jours ouvrables à compter de la date de réception de sa notification, introduire un recours auprès de:

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

5. **ESPAGNE**

Vous pouvez introduire un recours contre la décision ci-jointe, dans un délai de 30 jours ouvrables à compter de la date de sa notification, auprès de l'institution suivante:

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

soit directement, soit par l'intermédiaire de l'institution de votre lieu de séjour ou de résidence.

6. **FRANCE**

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

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

▼B

E 118 Annexe

7. **IRLANDE**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours auprès du «Social Welfare Appeals Office» (comité de recours en matière sociale), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Ce recours doit être introduit dans les 21 jours à compter de la date de réception de la décision.

8. **ITALIE**

Décisions de l'INPS (maladie et maternité)

L'assuré qui entend contester une décision de l'INPS peut, dans les 90 jours à compter du jour de la réception de sa notification, introduire un recours administratif auprès de la commission provinciale compétente.

En outre, l'intéressé dispose d'un délai dun an à compter de la date à laquelle la décision de ladite commission lui a été notifiée ou de 90 jours à compter de la date à laquelle il a introduit son recours si ladite commission n'a pris aucune décision, pour citer l'INPS devant les instances judiciaires.

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

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

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

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

9. **LUXEMBOURG**

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

10. **PAYS-BAS**

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

11. **AUTRICHE**

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

12. **PORTUGAL**

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

— si l'incapacité de travail n'a pas été reconnue, introduire un recours auprès de la «Commissão Instaladora da Administração Regional da Saúde» (commission administrative régionale de la santé) dans un délai de 8 jours à compter de la date de réception de sa notification,

ou

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

13. **FINLANDE**

Si vous désirez contester la décision ci-jointe, vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de sa notification pour introduire un recours auprès de l'institution d'assurance finlandaise désignée au cadre 2 ou au cadre 4 du formulaire E 118 ou auprès de l'institution d'assurance la plus proche de votre lieu de résidence, également désignée dans l'un des cadres ci-dessus.

④

▼B

E 118 Annexe

14. **SUÈDE**

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

15. **ROYAUME-UNI**

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, vous pouvez introduire un recours, dans un délai de 28 jours à compter de la date de réception de sa notification, auprès du «Departement of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits» (ministère de la sécurité sociale, bureau des prestations, service international), à Newcastle upon Tyne, ou du «Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (bureau de la sécurité sociale d'Irlande du Nord, service international), à Belfast, suivant le cas.

16. **ISLANDE**

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

17. **LIECHTENSTEIN**

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

   L'intéressé peut introduire un recours en justice auprès du tribunal compétent dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de l'attestation en question.

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

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

18. **NORVÈGE**

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

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 125 ☐ (1)

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

Règlement 1408/71: article 36.1 et 2; article 63.1; article 87.1
Règlement 574/72: article 93.1, 2, 4 et 5; article 105.1

Remplir un formulaire par bénéficiaire.

1 Facture nº ..... (2) ☐ 1er semestre ☐ 2e semestre de l'exercice 20 .....

2 Institution compétente destinataire

2.1 Dénomination: ..... Nº de code (2 bis): .....
2.2 Adresse (3): .....
.....

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

3.1 Nom (4)
.....
3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (4) ..... Date de naissance .....
3.3 Adresse (3): .....
.....
3.4 Adresse dans le pays compétent (3): .....
.....
3.5 Numéro d'identification (4 bis): .....

4 Membre de la famille (5)

4.1 Nom (4)
.....
4.2 Prénoms ..... Noms antérieurs ..... Date de naissance .....

5 La personne indiquée ☐ au cadre 3 ☐ au cadre 4 a bénéficié des prestations en vertu de l'article suivant du règlement 1408/71:

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.a et 3 ☐ 22.1.b et 3 ☐ 22.1.c et 3 ☐ 22 bis ☐ 22 ter
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 (5 bis) ☐ 31 ☐ 34 bis ☐ 34 ter
☐ 52 (5 ter) ☐ 55.1 (5 ter)

au vu des formulaires suivants qui nous ont été adressés:

5.2 ☐ formulaire E ..... du ..... ☐ formulaire E 117 du .....
valable du ..... au .....

5.3 La personne indiquée ☐ au cadre 3 ☐ au cadre 4
a été soumise à l'expertise médicale demandée le
.....

①

▼B

E 125

6	Dépenses effectuées		6.1 Montant (6)
6.2	**Pour prestations en nature** servies	du ..... au	.....
6.3	Soins médicaux		.....
6.4	Soins dentaires		.....
6.5	Médicaments		.....
6.6	Hospitalisation	du ..... au	.....
		du ..... au	.....
6.7	Autres prestations (7)		
	.....		.....
6.8	**Total des prestations en nature**		.....
6.9	**Contrôles médicaux** (8)		
	.....		.....
6.10	**Pour prestations en espèces** servies	du ..... au	.....
6.11	TOTAL DES DÉPENSES		.....

7	Institution créancière		
7.1	Dénomination:		Nº de code (9): .....
7.2	Adresse (3):		
	.....		
7.3	Cachet		
		7.4 Date:	
		7.5 Signature	
		.....	

8	Réservé à l'institution du pays compétent

②

▼B

E 125

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

(2) À indiquer si le renseignement est nécessaire à l'institution créancière.

(2 *bis*) À compléter s'il est connu.

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

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

(4 *bis*) Pour les ressortissants espagnols, titulaires ou demandeurs de pension ou de rente, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée. Pour les ressortissants italiens, indiquer, si possible, le numéro d'assurance et/ou le «codice fiscale».

(5) À indiquer seulement quand le décompte se rapporte à un membre de la famille de l'assuré.

(5 *bis*) Ne s'applique que par rapport à la France, pour les prestations fournies jusqu'au 31.12.2001.

(5 *ter*) Pour les besoins des institutions danoises, veuillez indiquer, si possible, le nom et l'adresse de l'employeur lorsque les prestations sont servies au titre de l'article 52 ou de l'article 55.1.

Nom de l'employeur: .....

Adresse: .....

.....

(6) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.

(7) Indiquer la nature des prestations: soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermale, ambulance, moyens complémentaires de diagnostic, etc.

(8) Indiquer la nature des contrôles médicaux ou des expertises médicales effectués.

(9) À compléter si elle en dispose.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 126 ☐ (1)

TARIFICATION EN VUE DU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE

Règlement 1408/71: article 22.1.a.i; article 22.3; article 22 bis*; article 22* ter*; article 31.a; article 34* bis*; article 34* ter
Règlement 574/72: article 34

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et envoie deux exemplaires de celui-ci à l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations à l'intéressé dans le pays de séjour, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'organisme de liaison. L'institution du lieu de séjour, après avoir rempli la partie B du formulaire, renvoie un exemplaire à l'institution compétente.

A. Demande

1 Institution destinataire (2)

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

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

2.1 Nom (3 *bis*)
.....
2.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (3 *bis*) ..... Date de naissance .....
2.3 ☐ Cette personne relève d'un régime de non salariés visé à l'annexe 11 du règlement 574/72
2.4 Numéro d'identification: .....

3 Membres de la famille ayant reçu les soins

	3.1 Nom (3 *bis*)	Prénoms	Noms antérieurs	Date de naissance
3.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

▼B

E 126

4 L'intéressé mentionné ci-avant,

4.1 durant un séjour en ..... (pays)

4.2 à ..... (localité),

4.3 a payé lui-même les prestations qui lui ont été nécessaires.

4.4 Il est ☐ veuf ☐ invalide (4)

4.5 et dispose d'un revenu de ..... (4).

5 Nous vous prions d'indiquer sur les quittances ci-jointes, pour chaque prestation qui y figure, la somme qui pourrait lui être remboursée selon les tarifs appliqués par l'institution du lieu de séjour. Uniquement pour le Luxembourg, indiquer également le montant de la participation officielle à supporter par l'assuré.

6 Annexes ..... quittances.

7 Institution compétente

7.1 Dénomination: ..... N° de code (4 bis): .....

7.2 Adresse (3): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

B. Réponse

8 Vous trouverez en annexe ..... quittances tarifées selon votre demande

9 ☐ Montant à rembourser (5) ..... ☐ Pas de remboursement

10 Observations: .....

.....

.....

.....

11 Institution du lieu de séjour

11.1 Dénomination: .....

11.2 Adresse (3): .....

.....

11.3 Cachet

11.4 Date: .....

11.5 Signature

.....

②

▼B

E 126

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

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

([2]) Si l'institution qui aurait été tenue de servir les prestations en nature n'est pas connue, le formulaire peut être adressé à l'organisme de liaison du pays de séjour, c'est-à-dire:

— *en* **Belgique,** *l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), à Bruxelles;*

— *au* **Danemark,** *le «Sundhedsministeriet» (ministère de la santé), à Copenhague;*

— *en* **Allemagne,** *l'«AOK-Bundesverband» (Fédération nationale des caisses locales de maladie), à Bonn;*

— *en* **Grèce,** *l'«Office régional ou local de l'Institut des assurances sociales» (IKA); lorsqu'il s'agit d'un marin, la Caisse de retraite des marins (NAT);*

— *en* **Espagne,** *l'«Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Institut national de la Sécurité sociale), à Madrid;*

— *en* **France,** *le Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants, à Paris;*

— *en* **Irlande,** *le «Department of Health» (ministère de la santé), à Dublin;*

— *en* **Italie,** *le «Ministero della Sanità» (ministère de la santé), à Rome;*

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

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

— *en* **Autriche,** *l'«Hauptverband der Österreichische Socialversicherungsträger» (Association générale des institutions d'assurances sociales autrichiennes), à Vienne;*

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

— *en* **Finlande,** *la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales), à Helsinki;*

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

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

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

— *en* **Norvège,** *la «Rikstrygdeverket» (Administration nationale d'assurance), à Oslo.*

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

([3 *bis*]) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la naissance.

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

([4]) À remplir seulement si la demande est adressée à une institution belge.

([4 *bis*]) À compléter si elle en dispose.

([5]) Indiquer le montant total.

▼B

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 127 ☐ (1)

RELEVÉ INDIVIDUEL DES FORFAITS MENSUELS

Règlement 1408/71: article 36.1 et 2
Règlement 574/72: article 94; article 95

1

Relevé nº ..... de l'année 20..... (2)

2 Institution compétente

2.1 Dénomination: ..... Nº de code (3 bis) .....
2.2 Adresse (3): .....
.....

3 Le droit aux prestations en nature est ouvert du chef du

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

3.1 Nom (4)
.....
3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (4) ..... Date de naissance .....
3.3 Numéro d'identification attribué par l'institution compétente (4 bis): .....

4 Le présent relevé individuel concerne:

4.1 ☐ la famille du travailleur désigné au cadre 3 résidant à l'adresse suivante (3):
.....
4.2 ☐ le titulaire de pension ou de rente désigné au cadre 3 et résidant à l'adresse suivante (3): .....
.....
4.3 ☐ le membre de la famille, désigné ci-dessous, du titulaire de pension ou de rente désigné au cadre 3:
4.3.1 Nom (4):
.....
4.3.2 Prénoms: ..... Noms antérieurs (4): ..... Date de naissance: .....
4.3.3 Adresse (3): .....
.....
4.3.4 Numéro d'identification attribué par l'institution compétente (4 bis): .....
.....

5 Le droit des membres de la famille du travailleur désigné ci-dessus ou du titulaire de pension ou de rente désigné ci-dessus et des membres de sa famille aux prestations en nature a été attesté par votre formulaire
E ..... du .....
6 Pour la période pendant laquelle ce droit a subsisté
(du ..... au .....),
6.1 le nombre de forfaits mensuels
☐ par famille ou par pensionné et famille ☐ par membre de famille ☐ par tête
est de .....

①

▼B

E 127

7	Institution compétente

7.1 Dénomination: ..... Nº de code (5): .....

7.2 Adresse (3): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

8	Réservé à l'institution compétente

INSTRUCTIONS

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

Le présent formulaire est établi pour l'ensemble d'une année civile par l'institution de résidence. Celle-ci l'adresse à l'institution compétente par l'intermédiaire de l'organisme désigné pour l'application de l'article 102 paragraphe 2 du règlement 574/72.

NOTES

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

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

(2) L'année à indiquer est celle où les prestations ont été servies.

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

(3 *bis*) À compléter s'il est connu.

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

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

(5) À compléter si elle en dispose.