DÉCISION N° 153

du 7 octobre 1993

concernant les modèles de formulaires nécessaires à l'application des règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 du Conseil (E 001, E 103—E 127)

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

(94/604/CE)

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

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

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

vu la décision n° 130, du 17 octobre 1985, établissant et adaptant les modèles de formulaires nécessaires aux fins de l'application desdits règlements,

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

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

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

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

considérant que ces formulaires doivent aussi être adaptés en vue de la participation du Liechtenstein à l'EEE envisagée à un stade ultérieur;

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

DÉCIDE:

1. Les modèles de formulaires E 001, E 103-E 127, reproduits dans la décision n° 130, sont remplacés par les modèles ci-joints.

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

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

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

Le président

de la commission administrative

Gabrielle CLOTUCHE

Liste des formulaires

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

E 103 — Exercice du droit d'option

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

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

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

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

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

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

E 110 — Attestation concernant les travailleurs salariés des transports internationaux

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

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

E 113 — Hospitalisation, notification d'entrée et de sortie

E 114 — Octroi de prestations en nature de grande importance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E 124 — Demande d'allocation de décès

E 125 — Relevé individuel des dépenses effectives

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

E 127 — Relevé individuel des forfaits mensuels

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 4

E 001 ☐ (1)

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

concernant

☐ **un travailleur salarié**
☐ **un travailleur non salarié**
☐ **un frontalier**
☐ **un pensionné**
☐ **un demandeur de pension**
☐ **un chômeur**
☐ **un ayant droit**

Règlement 1408/71: article 84

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

Partie A

1 Institution destinataire

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

2 Renseignements concernant l'assuré (3)

2.1 Nom de famille (4): .....
2.2 Nom de naissance (4): .....
2.3 Prénoms (5): .....
2.4 Noms antérieurs (6): .....
2.5 Sexe (7): .....

3 Nationalité (8) ..... D.N.I. (9) .....

4 Naissance

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

5 Numéro d'immatriculation

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

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

7 Renseignements concernant le dossier

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

E 001

8 Ayant droit (14)

8.1 Nom de famille (4)

.....

8.2 Prénoms ..... Nom de naissance (4) .....

8.3 Lieu de naissance (11) ..... Date de naissance .....

8.4 Sexe ..... Nationalité ..... D.N.I. (9) .....

8.5 Adresse (2): .....

.....

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

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

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

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

.....

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

.....

9.4 Motif de la demande: .....

10 Changement de situation: les changements suivants sont intervenus

.....

.....

.....

.....

11 Divers

.....

.....

.....

.....

.....

12 Institution qui remplit la partie A

12.1 Dénomination: ..... N° de code (15): .....

12.2 Adresse (2): .....

.....

12.3 Cachet

12.4 Date: .....

12.5 Signature

.....

Partie B

13

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

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

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

.....

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

.....

14

Comme suit à votre demande du .....

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

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

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

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

14.4 ☐ Motifs: .....

.....

.....

15 Divers

.....

.....

.....

.....

.....

16

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

nous accusons réception des informations contenues dans le cadre 10

17 Institution qui remplit la partie B

17.1 Dénomination: ..... N° de code (15) .....

17.2 Adresse (2): .....

.....

17.3 Cachet

17.4 Date: .....

17.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 4 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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

(3) Les rubriques 2.1 à 2.5 concernant l'identification sont à remplir en tant que de besoin.

(4) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
— Le nom de naissance doit toujours être indiqué; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention *«idem»*. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
— Les expressions «dit» et *«alias»* et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
— 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.

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

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

(7) M = masculin; F = féminin.

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

(9) 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. À défaut, indiquer «néant».

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

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

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

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

(14) À remplir, s'il y a lieu.

(15) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 103 ☐ (1)

EXERCICE DU DROIT D'OPTION

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

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

A. Option

1 Le soussigné

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

1.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (1 *bis*) .....

1.3 Date de naissance ..... Nationalité ..... D.N.I. (1 *ter*): .....

1.4 Adresse (2): .....
.....

1.5 Numéro d'identification (1 *quater*): .....

2 occupé depuis le .....

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

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

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

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

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

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

(6) ☐ belge ☐ danoise ☐ allemande ☐ grecque ☐ espagnole
(6) ☐ française ☐ irlandaise ☐ italienne ☐ luxembourgeoise ☐ néerlandaise
(6) ☐ portugaise ☐ du Royaume-Uni
(6) ☐ autrichienne ☐ finlandaise ☐ islandaise ☐ du Liechtenstein ☐ norvégienne
(6) ☐ suédoise

4 Lieu et date: .....

5 Signature
.....

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

6.1 Dénomination: .....

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

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature
.....

B. Attestation

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

(6) ☐ belge ☐ danoise ☐ allemande ☐ grecque ☐ espagnole
(6) ☐ française ☐ irlandaise ☐ italienne ☐ luxembourgeoise ☐ néerlandaise
(6) ☐ portugaise ☐ du Royaume-Uni
(6) ☐ autrichienne ☐ finlandaise ☐ islandaise ☐ du Liechtenstein ☐ norvégienne
(6) ☐ suédoise

7.1 à partir du .....

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

8 Institution désignée par l'autorité compétente

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

E 103

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en 3 exemplaires), 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.

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

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

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

au **Danemark,** *le «Direktoratet for Social Sikring og Bistand» (Office national de la sécurité sociale et de l'assistance sociale), à Copenhague;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

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

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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 espagnols, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.) s'il existe, même si celle-ci est périmée. À défaut, indiquer «néant».

(1 *quater*) Pour les travailleurs soumis à la législation belge, indiquer le numéro d'identification du registre national.

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

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

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

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

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

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

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 104 ☐ (1)

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

Maladie — maternité — décès (allocation) — tuberculose

Règlement 1408/71: article 9.2; article 18.1; article 38.1; article 64
Règlement 574/72: article 6.2; article 16; article 39.1 et 2, article 79

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

Partie A

1 Institution destinataire

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

2 Assuré

2.1 Nom (2 *bis*)
.....
2.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (2 *bis*) ..... Date de naissance .....
2.3 Numéro d'immatriculation: .....
2.4 À partir de la date indiquée au point 3.1, l'assuré a exercé une activité
☐ salariée ☐ non salariée en (3) .....
2.5 ☐ Nom ou raison sociale du dernier employeur .....
☐ Dernière activité non salariée
.....
Adresse (2): .....
.....
2.6 ☐ Employeurs précédents (4) ☐ activités non salariées précédentes
[nom ou raison sociale et adresse (2)] .....
.....
.....
.....
.....
.....

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

4 Institution compétente

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

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

0

E 104

Partie B

5 Assuré (6)

5.1 Nom (2 *bis*) .....

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

5.3 Numéro d'immatriculation: .....

6 L'assuré indiqué ☐ au cadre 2 ☐ au cadre 5

6.1 est assuré pour le risque de maladie-maternité depuis la date indiquée au point 3.1 ☐ (8 *ter*)

6.2 a accompli ☐ au cours des trois dernières années (8) ☐ au cours des cinq dernières années (8 *bis*)

☐ depuis le .....

7 les périodes d'assurance ou d'emploi suivantes, pour les prestations suivantes: ☐ (5) (7)

7.1	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.2	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.3	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.4	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.5	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.6	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.7	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.8	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.9	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
7.10	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)

8 les périodes de résidence suivantes:

8.1	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.2	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.3	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.4	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.5	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.6	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.7	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.8	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.9	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)
8.10	du	.....	au	..... (9)	pour (10) le risque de	.....	☐	(11)

9 Institution qui remplit la partie B

9.1 Dénomination: .....

9.2 Adresse (2): .....

.....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature

.....

E 104

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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) Indiquer l'État.

(4) À remplir dans la mesure du possible.

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

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

(5 *ter*) Pour les besoins des institutions françaises.

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

(7) Si l'attestation est destinée à une institution italienne et concerne les prestations en nature en cas de tuberculose et si l'intéressé n'a pas versé de cotisations pendant une année pleine, indiquer toutes les périodes d'assurance qu'il a accomplies.

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

(8 *bis*) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution irlandaise.

(8 *ter*) À remplir uniquement si l'institution compétente est une institution belge.

(9) Si l'attestation est destinée à une institution grecque, indiquer s'il s'agit de périodes d'activité salariée ou non salariée en utilisant le code suivant: D = salariée; I = non salariée.
Si l'attestation est destinée à une institution allemande ou luxembourgeoise, indiquer les périodes d'assurance dans la section 7 en utilisant le code suivant: P = assurance obligatoire; F = assurance volontaire.

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

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

.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlement de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 105 ☐ (1)

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

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

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

1 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié

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 Membres de la famille du travailleur ci-dessus

	Nom (1 *bis*)	Prénoms	Noms antérieurs (1 *bis*)	Date de naissance	Lien de parenté
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)

3 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

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

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

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le travailleur

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

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

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

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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.

(3) Si les membres de la famille sont à charge du travailleur, mettre une croix dans la case.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 106 ☐ (1)

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

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

Règlement 1408/71: article 19.1.a; article 19.2; article 25.3.i
Règlement 574/72: article 17.1 et 4; article 27, première phrase

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

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

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

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

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

3 Membre de la famille (4)

3.1 Nom (3 *bis*):
.....
3.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (3 *bis*) ..... Date de naissance .....
3.3 Adresse dans le pays de résidence (3): .....
.....

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

6 Les intéressés conservent ce droit

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

0

7 Institution compétente pour la maladie-maternité

7.1 Dénomination: ..... N° de code (7 *bis*): .....
7.2 Adresse (3): .....
.....
7.3 Cachet

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

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

8.1 Dénomination: ..... N° de code (7 *bis*): .....
8.2 Adresse (3): .....
.....
8.3 Cachet

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

B. Notification de l'inscription (9)

9

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

10 Membres de la famille inscrits

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

11 Institution du lieu de résidence

11.1 Dénomination:
11.2 Adresse (3): .....
.....
11.3 Cachet

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

E 106

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

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

(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; P = Portugal; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Lichtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

(2 *bis*) À compléter s'il est connu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 107 ☐ (1)

DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT À PRESTATIONS EN NATURE

Règlement 1408/71: article 19.1.a; article 19.2; article 22.1.a.i, b.i et c.i; article 22.3; article 25.1.a et 3.i; article 26.1; article 28.1.a; article 29.1.a; article 31.a; article 52.a; article 55.1.a.i, b.i et c.i
Règlement 574/72: article 17.1; article 20.2 et 3; article 21.1; article 22.1 et 3; article 23; article 27 première phrase; article 28; article 29.2; article 30.1; article 31.1 et 3; article 60.1; article 62.3, 4 et 7; article 63.1 et 3

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

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

1 Institution destinataire

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

2 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur frontalier (salarié) ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés)
☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur frontalier (non salarié) ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés)
☐ 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 habituelle (2): .....
.....
2.4 Numéro d'identification (2 *ter*): .....
2.5 ☐ titulaire ☐ demandeur
de la pension ou de la rente de
☐ vieillesse ☐ invalidité ☐ survie
☐ accident du travail ☐ maladie professionnelle
n° ..... (3) catégorie ..... (3)
2.6 Institution débitrice de la pension ou de la rente
.....

3 ☐ Dernier employeur (4) ☐ Dernière activité non salariée (4)

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

E 107

4 Membres de la famille (6)

4.1	Nom (2 *bis*)	Prénoms	Nom de jeune fille	N° d'identification (2 *ter*)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Adresse dans le pays de résidence (2) (7): .....
.....

5 Nous avons reçu le ..... une demande émanant de la personne indiquée
☐ au cadre 2 ☐ au cadre 4
et tendant à obtenir

5.1 ☐ l'octroi de prestations en nature

5.2 ☐ le maintien du droit aux prestations en nature

5.3 ☐ l'inscription chez nous comme ayant droit aux prestations en nature.

6 Les prestations en nature ☐ ont été accordées ☐ n'ont pas été accordées

6.1 conformément à l'article ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 du règlement 574/72.

6.2 Le demandeur ☐ n'a plus exercé d'activité jusqu'à présent
☐ a exercé l'activité suivante: .....

7 Veuillez nous faire parvenir l'attestation de droit à prestations sur formulaire E.....
valable du ..... au .....

8 ☐ En annexe, rapport médical (8).

9 Institution du lieu de résidence ou de séjour

9.1 Dénomination: .....

9.2 Adresse (2): .....
.....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature
.....

B. À remplir par l'institution compétente

10

10.1 ☐ Veuillez trouver, ci-joint, le formulaire précité avec prière de nous renvoyer un exemplaire rempli et signé (9).

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

11 Institution compétente

11.1 Dénomination: ..... Numéro de code (10): .....

11.2 Adresse (2): .....
.....

11.3 Cachet

11.4 Date: .....

11.5 Signature
.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. 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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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. À défaut, indiquer «néant». Pour les ressortissants italiens, indiquer, si possible, le numéro d'assurance et/ou le «codice fiscale».

(3) À remplir uniquement quand l'institution débitrice de la pension ou de la rente est une institution italienne.

(4) À remplir uniquement quand le formulaire concerne un travailleur salarié ou non salarié en activité ou un travailleur en chômage.

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

(5 *bis*) Pour l'Espagne: la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale).

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

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

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

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

(10) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 108 ☐ (1)

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

Personnes résidant dans un autre pays que le pays compétent

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

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

A. Notification

1 Institution destinataire

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

2

☐ Travailleur salarié
☐ Travailleur non salarié
☐ Travailleur frontalier (salarié)
☐ Travailleur frontalier (non salarié)
☐ Travailleur en chômage
☐ Demandeur de pension ou de rente
☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés)
☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés)

2.1 Nom (2 *bis*)
.....

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

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

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

3 Membre de la famille (3)

3.1 Nom (2 *bis*)
.....

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

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

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

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

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

5 Institution compétente

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

5.2 Adresse (2): .....

.....

5.3 Cachet

5.4 Date: .....

5.5 Signature

.....

B. Accusé de réception

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

.....

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

.....

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

8 Institution du lieu de résidence

8.1 Dénomination: .....

8.2 Adresse (2): .....

.....

8.3 Cachet

8.4 Date: .....

8.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

NOTES

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

(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; P = Portugal; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

(4) Autres motifs, s'il y a lieu (par exemple non-paiement des cotisations pour les travailleurs non salariés).

(5) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 109 ☐ (1)

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

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

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

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

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

2 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié ☐ Travailleur saisonnier salarié ☐ Travailleur frontalier

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

3 Membre de la famille (4)

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

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

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

6 et subsiste

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

7 Institution compétente

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

7.2 Adresse (3): .....

.....

7.3 Cachet

7.4 Date: .....

7.5 Signature

.....

B. Notification de l'inscription (8)

8 ☐ (9)

8.1 Les membres de la famille du travailleur indiqué au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que

8.2 ☐ aucun membre de la famille n'a droit aux prestations

8.3 ☐ tous les membres de la famille ont déjà droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de la législation de notre pays

8.4 ☐ le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle dans notre pays (10)

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

8.6 ☐ (11) .....

9 ☐ (9)

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

9.2	Nom (3 *bis*)	Prénoms	Sexe F	Sexe M	Date de naissance	N° d'identification
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.9	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

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

.....

10 Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le travailleur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

(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; P = Portugal; GB = Royaume-Uni.

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

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

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

(4) Indiquer un seul membre de la famille.

(5) Mettre une croix dans la case qui précède, si le formulaire est destiné à une institution danoise, irlandaise ou du Royaume-Uni.

(6) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution française.

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

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

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

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

(10) Mettre, le cas échéant, une croix dans la case qui précède, si la partie B est remplie par une institution danoise, irlandaise ou du Royaume-Uni.

(11) Autres motifs.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» pages 2 et 3

E 110 ☐ (1)

ATTESTATION CONCERNANT LES TRAVAILLEURS SALARIÉS DES TRANSPORTS INTERNATIONAUX

Règlement 1408/71: article 14.2.a; article 22.1.a.i; article 22.3; article 55.1.a.i
Règlement 574/72: article 20.1; article 62.1

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

A. Première attestation

1 Travailleur

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

1.2 Prénoms ..... Noms antérieurs (1 *bis*) .....

1.3 Date de naissance ..... Nationalité ..... D.N.I. (1 *ter*) .....

1.4 Adresse habituelle (2): .....
.....

2 Membres de la famille qui accompagnent le chef de famille

	Nom (1 *bis*)	Prénoms	Noms antérieurs	Date de naissance
2.1	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3 Institution compétente

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

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

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

5	Employeur

5.1 Nom ou raison sociale: .....

5.2 Activité de l'entreprise: .....

5.3 Adresse (2): .....

.....

5.4 Cachet

5.5 Date: .....

5.6 Signature de l'employeur ou de son préposé

.....

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

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (2): .....

.....

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

6.4 Date: .....

6.5 Signature du travailleur salarié

.....

6.6 Signature de l'employeur ou de son préposé

.....

B. Validations successives (6)

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

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

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le travailleur

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

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

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

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

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

au **Danemark,** *l'«amtskommune» compétent (administration 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,** *l'institution d'assurance contre les accidents compétente pour le lieu de séjour;*

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

en **Espagne,** *les services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales 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;*

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»;*

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;*

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

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

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. Pour tout détail, s'adresser aux bureaux locaux de la «Kansaneläkelaitos»;*

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

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

en **Norvège,** *le «lokale Trygdekontor» (office local d'assurance) du lieu de résidence. L'assistance peut être obtenue sans contact préalable avec l'institution mentionnée, sur présentation de ce formulaire;*

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;*

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

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

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

en **Allemagne,** *la caisse d'assurance contre les accidents du travail compétente pour le lieu de séjour;*

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

en **Espagne,** *les services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales 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,**

a) pour les prestations en nature, l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;

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

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

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»;*

au **Portugal,** *la «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (caisse nationale d'assurance des maladies professionnelles), à Lisbonne;*

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

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

en **Finlande,** *la «Tapatumavakuutuslaitosten liitto» (fédération des institutions d'assurance contre les accidents);*

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 Trygedkontoret» (office local d'assurance). L'assistance du service médical peut être obtenue sans contact préalable avec ladite institution, sur présentation de ce formulaire;*

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

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

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

NOTES

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

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

(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 espagnols, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée. À défaut, indiquer «néant».

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

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

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

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

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

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
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 31.a
Règlement 574/72: article 20.4; article 21.1; article 23; article 31.1 et 3

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

[Nom (1 *bis*), noms antérieurs (1 *bis*), D.N.I (2 *bis*), adresse (2)]

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

1.2 ☐ Cette personne relève d'un régime de non salariés visé à l'annexe 11 du règlement 574/72

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 .....

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 .....
4.7 Cachet 4.8 Date:
.....
4.9 Signature
.....

4.10 Validation du ..... au .....
4.11 Cachet 4.12 Date:
.....
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 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 du pays de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité et, à titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Cependant, ce document n'ouvre aucun droit à prestations en nature si le but du voyage est de recevoir un traitement médical à l'étranger.

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

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

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

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

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

en **Italie,** *en règle générale, l'«Unità sanitaria locale» (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 nationale 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»;*

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

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 **Islande,** *le «Tryggingastofnun ríkisins» (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;*

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.*

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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. À défaut, indiquer «néant».

(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.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

RÉGIME NON SALARIÉS

E 111 **B** (1)

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

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

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

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

2 Membres de la famille (3)

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

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

UNIQUEMENT HOSPITALISATION

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

4 Institution compétente

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

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

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

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

E 111 **B**

RÉGIME NON SALARIÉS

4.14 Validation du ..... au	4.18 Validation du ..... au .....
4.15 Cachet 4.16 Date:	4.19 Cachet 4.20 Date: .....
4.17 Signature	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 pays 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 pays que celui où ils ont leur résidence habituelle,*

   d'obtenir des organismes assureurs du pays de séjour les prestations en nature uniquement en cas d'hospitalisation.

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

   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;*

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

   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 **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;*

   en **Suède,** *le «försäkringskassan» (office des assurances sociales) 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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 112 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71: article 22.1.b.i; article 22.1.c.i; article 22. 3.; article 31
Règlement 574/72: article 22.1 et 3; article 23

L'institution compétente ou l'institution du lieu de résidence du membre de la famille du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente ou du membre de sa famille remet le formulaire à l'assuré ou au titulaire de pension ou de rente ou au membre de la famille de ce dernier. Si l'assuré ou le titulaire de pension ou de rente se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, à Newcastle upon Tyne.

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

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

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

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

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

1.5 Numéro d'identification (3 *bis*): .....

1.6 ☐ Cette personne relève d'un régime de non salariés visé à l'annexe 11 du règlement 574/72.

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

2.1 Nom (1 *bis*)
.....

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

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

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

2.5 Numéro d'identification (3 *bis*): .....

3 La personne désignée ☐ au cadre 1 ☐ au cadre 2
est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature
☐ de l'assurance maladie-maternité ☐ de l'assurance accidents de la vie privée (5)

en ..... (pays), où elle se rend

3.1 ☐ pour y établir sa résidence

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

3.3 ☐ pour y envoyer des échantillons biologiques aux fins d'analyses.

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

4.1 du ..... au ..... inclus,

4.2 du ..... au ..... inclus, **uniquement** en cas d'hospitalisation (7).

E 112

5 Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1 ☐ est joint à la présente sous pli fermé

5.2 ☐ a été adressé le ..... à (8) .....

.....

5.3 ☐ peut nous être demandé en communication

5.4 ☐ n'a pas été établi

6 Institution compétente

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

6.2 Adresse (2): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

E 112

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

aux **Pays-Bas,** *toute caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou, en cas de séjour temporaire, l'«AOZ Verzekeringen» (mutualité générale de maladie des Pays-Bas), à Utrecht;*

au **Portugal, pour le continent:** *l'«Administração Regional de Saúde» (administration régionale de santé) du lieu de résidence ou 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;*

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

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

en **Finlande,** *l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales). Le formulaire doit être remis au centre de santé municipal ou à l'établissement hospitalier public pratiquant le traitement;*

en **Islande,** *le «Tryggingastofnun riksins» (Insitut 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);*

en **Suède,** *le «försäkringskassan» (Office des assurances sociales). Le formulaire doit être présenté à l'institution pratiquant le traitement.*

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui établit 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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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.

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

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

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

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

(6) À préciser si possible.

(7) À remplir par les institutions belges de travailleurs non salariés.

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

(9) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» au verso

E 113 ☐ (1)

HOSPITALISATION, NOTIFICATION D'ENTRÉE ET DE SORTIE

Règlement 1408/71: article 19; article 22; article 25.1 et 3.i; article 26; article 31.a; 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
☐ Travailleur non salarié
☐ Travailleur en chômage
☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés)
☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés)
☐ 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 ☐ notre formulaire E 107 du .....

A. Notification d'entrée

5 La personne désignée ☐ au cadre 2 ☐ au cadre 3
5.1 a été hospitalisée le .....
5.2 dans l'établissement ci-après (5) .....
5.3 par suite ☐ de maladie ☐ de maternité ☐ d'accident du travail (6)
☐ de maladie professionnelle (7) ☐ 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. 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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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-Pas; P = Portugal; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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. À défaut, indiquer «néant». 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 le 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.

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 24; article 25.1 et 3.i; article 26; article 31.a; 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)
☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés)
☐ 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.

0

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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.

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

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

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
.....

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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.

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 25.1.b; article 52.b; article 55.1.a.ii; 1.b.ii et 1.c.ii

Règlement 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64; article 65.2 et 4

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

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): .....

.....

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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 de corps lésée: fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.

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

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

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

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 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 .....

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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.

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

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

1 ☐ Travailleur 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
.....

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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 s'il s'agit d'un montant journalier, hebdomadaire, mensuel.

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

(5) À compléter si elle en dispose.

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: .....
.....

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 adminstratif auprès de la commission provinciale compétente.

En outre, l'intéressé dispose d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle la décision de ladite commission lui a été notifiée ou de 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. **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.

12. **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 «Nothern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch» (bureau de la sécurité social d'Irlande du Nord, service international), à Belfast, suivant le cas.

13. **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.

14. **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.

15. **ISLANDE**

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

16. **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.

17. **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.

18. **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.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» pages 3 et 4

E 119 ☐ (1)

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

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

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

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

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

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

2 Travailleur en chômage

2.1 Nom (3 *bis*)

.....

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

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

.....

.....

2.4 Numéro d'identification: .....

3 Dernier employeur, le cas échéant

3.1 Nom ou raison sociale: .....

3.2 Adresse (3): .....

.....

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

☐ en nature pour lui-même

☐ en espèces pour lui-même

☐ en nature pour les membres de sa famille

à condition que l'institution d'assurance-chômage du pays où il s'est rendu pour chercher du travail ait fourni à l'institution d'assurance maladie-maternité du même pays un formulaire E 303/3 contenant l'attestation prévue à l'article 26.2 premier alinéa du règlement 574/72.

5 Les prestations en nature peuvent être servies

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

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

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

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

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

7 Ces prestations en espèces sont servies

7.1 ☐ par nos soins

7.2 ☐ par vous pour notre compte (3 *ter*).

E 119

8

8.1 L'indemnité devra être servie

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

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

9 (4)

9.1 Le montant journalier net de cette indemnité

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

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

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

10 Institution compétente (6)

10.1 Dénomination: ..... N° de code (7): .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

E 119

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le chômeur

a) *Outre le présent formulaire, il vous faut également un exemplaire du formulaire E 303/3 dont le point 7 a été rempli par l'institution d'assurance chômage du pays où vous cherchez un emploi.*

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

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

au **Danemark,** *l'«amtskommune» (administration départementale) compétente. 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. Ce formulaire doit être présenté à chaque demande de prestations. Les renseignements sur les médecins et les dentistes auquels il faut s'adresser peuvent être obtenus auprès du «social- og sundhedsforvaltning» (bureau local des services sociaux et de la santé);*

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

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

en **Espagne,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence. Si vous devez recourir aux prestations, vous pouvez vous adresser aux services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales: 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,** *l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;*

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

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

au **Portugal, pour le continent:** *l'«Administração Regional de Saúde» (administration régionale de santé) du lieu de séjour ou de résidence;* **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;*

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

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

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

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

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

en **Norvège,** *le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence ou de séjour. L'assistance du service médical (hôpital, médecin, dentiste, etc.) peut être demandée sans contact préalable avec ladite institution.*

Ce formulaire doit être présenté à chaque demande de prestations;

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

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

- *— en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, au Luxembourg, en Autriche, en Finlande, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suède: à l'institution d'assurance indiquée au point a) ci-dessus;*
- *— au Danemark: à la «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (bureau local des services sociaux et de la santé). Dans les communes de Copenhague, Odense, Alborg et Århus: au «magistrat» (administration communale);*
- *— en Irlande: au «Department of Social Welfare, EC Record Section» (ministère de la prévoyance sociale, service archives CE), Dublin 2;*
- *— aux Pays-Bas, vous devez déclarer votre incapacité de travail au bureau de district du «Gemeenschappelijk Administratie — kantoor» (GAK) (bureau administratif commun) qui vous sert les prestations de chômage;*
- *— au Portugal:* **pour le continent:** *au «Centro Regional de Segurança Social» (centre régional de sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence;* **pour Madère:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Funchal; pour les Açores: la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Angra do Heroísmo;*
- *— au Royaume-Uni: au «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministère de la sécurité sociale, direction des prestations, service international), à Newcastle upon Tyne, ou au «Northern Ireland Social Security Agency Overseas Branch» (bureau de la sécurité sociale de l'Irlande du Nord, service international), à Belfast, suivant le cas.*

NOTES

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

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

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

(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*) Si le formulaire est envoyé à une institution italienne, il n'y a pas lieu de cocher cette case, uniquement la case 7.1.

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

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

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

(7) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 4

E 120 ☐ (1)

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

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

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

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

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

2 Demandeur de pension ou de rente

2.1 Nom (3 *bis*)

.....

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

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

.....

2.4 Numéro d'immatriculation (3 *ter*): .....

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

3.1 L'intéressé indiqué ci-dessus a présenté le .....

une demande de pension ou de rente

☐ de vieillesse ☐ d'invalidité ☐ de survie

☐ d'accident du travail ☐ de maladie professionnelle

3.2 (4) ☐ Il résulte de l'examen de cette demande que l'intéressé est susceptible d'obtenir une pension à notre charge.

4 Institution qui a rempli le cadre 3

4.1 Dénomination: .....

4.2 Adresse (3): .....

.....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature

.....

5 À remplir par l'institution à laquelle a été présentée la demande de pension ou de rente ou par l'institution d'assurance maladie-maternité du pays où cette demande a été présentée (6)

5.1 Numéro de code de l'institution d'instruction (4 *bis*): .....

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

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

5.4 ☐ pendant un an à compter du .....

6 Institution qui a rempli le cadre 5 (6)

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (3): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

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

7 (5) ☐

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

.....

.....

8 (5) ☐

8.1 Numéro de code de l'institution du lieu de résidence (4 *bis*): .....

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

.....

9 Membres de la famille inscrits

	Nom (3 *bis*)	Prénoms	Sexe F	Sexe M	Noms antérieurs	Date de naissance
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

E 120

10 Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

E 120

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

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

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

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

(3 *bis*) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms 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) Mettre une croix dans cette case s'il y a lieu.

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

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

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

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 4

E 121 ☐ (1)

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

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

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

A. Notification du droit

1 Institution du lieu de résidence (2)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

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

2

☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés)

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

2.1 Nom (3 *bis*):

.....

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

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

.....

2.4 Date du transfert éventuel de résidence: .....

2.5 Numéro d'identification (3 *ter*): .....

2.6 ☐ Le titulaire de pension ou de rente relève d'un régime de non salariés visé à l'annexe I du règlement 574/72

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

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

☐ de vieillesse ☐ d'invalidité ☐ de survie

☐ d'accident du travail ☐ de maladie professionnelle

3.2 depuis le .....

3.3 Numéro de la pension ou de la rente: .....

4 Institution qui a rempli le cadre 3 (4)

4.1 Dénomination: .....

4.2 Adresse (3): .....

.....

4.3 Cachet

4.4 Date: .....

4.5 Signature

.....

5 À remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente ou par l'institution d'assurance maladie-maternité du pays débiteur de la pension ou de la rente (7)

5.1 Numéro de code de l'institution d'instruction (4 *bis*) .....

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

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

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

5.5 ☐ La délivrance de la présente attestation met fin à la validité du formulaire E 120 du

.....

6 Institution qui a rempli le cadre 5 (7)

6.1 Dénomination: .....

6.2 Adresse (3): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

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

7 (5) ☐

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

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

7.3 ☐ Autres motifs: .....

.....

.....

8 (5) ☐

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

8.2 Membres de la famille inscrits (6):

8.3	Nom (3 *bis*)	Prénoms	Sexe F	Sexe M	Noms antérieurs	Date de naissance
8.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.9	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.10	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
8.11	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

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

.....

8.13 Numéro de code de l'institution du lieu de résidence (4 *bis*): .....

9 Institution du lieu de résidence

9.1 Dénomination: .....

9.2 Adresse (3): .....

.....

9.3 Cachet

9.4 Date: .....

9.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le titulaire de pension ou de rente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTES

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

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

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

(3 *bis*) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms 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) En France, en ce qui concerne les travailleurs non salariés, ce cadre est rempli par l'institution d'assurance maladie-maternité.

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

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

(6) À remplir seulement par les institutions néerlandaises.

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

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 122 ☐ (1)

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

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

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

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

A. Notification du droit

1 (2) Institution destinataire

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

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

2 ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés)
☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés)

2.1 Nom (3 *bis*)

.....

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

2.3 Adresse (3): .....

.....

2.4 Numéro d'identification (4): .....

3 Membres de la famille (4 *ter*)

3.1 Nom (3 *bis*):

.....

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

3.3 Adresse (3): .....

.....

3.4 Numéro d'identification (4): .....

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

5 Pour l'octroi de ces prestations aux membres de la famille, la présente attestation est valable

☐ à partir du ..... jusqu'à réception de la notification de son annulation.

☐ un an à compter du ..... (5)
☐ jusqu'au (6) ..... inclus.

6 Institution compétente

6.1 Dénomination: ..... Nº de code (8): .....

6.2 Adresse (3): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

B. Notification de l'inscription

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

Motif:

.....

.....

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

9 Membres de la famille inscrits

	Nom (3 *bis*)	Prénoms	Sexe F	Sexe M	Date de naissance	Numéro d'identification (4)
9.1	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10 Institution du lieu de résidence des membres de la famille

10.1 Dénomination: ..... Nº de code (8): .....

10.2 Adresse (3): .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date: .....

10.5 Signature

.....

E 122

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le titulaire de pension ou de rente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Autriche,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie)*

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

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

en **Norvège,** *le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance);*

en **Suède,** *le «försäkringskassan» (Office des assurances sociales).*

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

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

NOTES

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

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

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

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

(4 *bis*) Indiquer un membre de la famille afin de leur permettre d'être inscrits étant donné que les membres de la famille qui ont droit aux prestations sont désignés par la législation appliquée par l'institution du lieu de résidence et sont visés à la partie B du formulaire.

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

(6) Au cas où le formulaire est établi par une institution française de travailleurs non salariés.

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

(8) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» à la page 3

E 123 ☐ (1)

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

Règlement 1408/71: article 52.a; article 55.1.a.i; b.i. et c.i
Règlement 574/72: article 60.1; article 62.4 et 6; article 63.1 et 3

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

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

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

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

2 ☐ Travailleur salarié ☐ Travailleur non salarié

2.1 Nom (3 *bis*)

.....

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

2.3 Adresse dans le pays compétent (3):

.....

.....

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

.....

.....

2.5 Numéro d'identification (3 *ter*): .....

3 En raison

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

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

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

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

☐ pour accident du travail ☐ pour maladie professionnelle

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

4.2 ☐ jusqu'au .....

4.3 ☐ pendant trois mois au plus

4.4 ☐ sans restriction de temps

5 Le rapport de notre médecin contrôleur

5.1 ☐ est joint sous pli fermé

5.2 ☐ a été envoyé le ..... à (4) .....

.....

5.3 ☐ peut nous être demandé

5.4 ☐ n'a pas été établi

6 Institution compétente

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

6.2 Adresse (3): .....

.....

6.3 Cachet

6.4 Date: .....

6.5 Signature

.....

INSTRUCTIONS

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

Indications pour l'assuré

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

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

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

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

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

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

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

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

en **Italie,**

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

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

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

aux **Pays-Bas,** *une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence; ou, en cas de séjour temporaire, l'«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»;*

au **Portugal,** *à la «Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais» (caisse nationale d'assurances de maladies professionnelles), à Lisbonne;*

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

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

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

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

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

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

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

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

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

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

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

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

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

(5) À compléter si elle en dispose.

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlements de sécurité sociale
EEE*

Voir «Instructions» pages 2 et 3

E 124 ☐ (1)

DEMANDE D'ALLOCATION DE DÉCÈS

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

1 Le soussigné

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

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

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

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

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

1.6 Adresse (4): .....
.....

2 demande à bénéficier d'une allocation en raison du décès du (5)

3
- ☐ travailleur salarié
- ☐ travailleur non salarié
- ☐ membre de la famille
- ☐ titulaire de pension ou de rente
- ☐ demandeur de pension ou de rente

3.1 Nom (1 *bis*)
.....

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

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

3.4 Date du décès: .....

3.5 Cause du décès:
- ☐ maladie
- ☐ accident
- ☐ accident du travail
- ☐ maladie professionnelle
- ☐ autres causes

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

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

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

6 Le défunt ☐ était ☐ n'était pas hébergé contre rétribution
- ☐ par le demandeur d'allocation
- ☐ dans un établissement dont le demandeur d'allocation est le gestionnaire, un membre du personnel ou un pensionnaire (7)

7 Le demandeur d'allocation ☐ est ☐ n'est pas entrepreneur de pompes funèbres, préposé ou mandataire de cet entrepreneur (7) (8)

8 Les frais funéraires s'élèvent à (9) ..... ; ils ont été payés par .....

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

10 Veuillez verser le montant dû sur mon compte n° .....
auprès de la/du ..... à ..... (10)

11 Date: .....

11.1 Signature
.....

E 124

INSTRUCTIONS

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

Indications pour le demandeur

a) *Pour bénéficier de l'allocation de décès, vous devez, au moyen du présent formulaire, adresser une demande*
   — *soit à l'institution d'assurance compétente,*
   — *soit à l'institution d'assurance de l'endroit où vous vous trouvez, c'est-à-dire:*
   en **Belgique,** *une mutualité de votre choix;*
   au **Danemark,** *le «Sundhedsministeret» (ministère de la santé);*
   en **Allemagne** *l'«Allgemeine Ortskrankenkasse» (AOK) (caisse locale de maladie);*
   en **Grèce,** *l'office local de l'Institut des assurances sociales (IKA);*
   en **Espagne,** *la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la seguridad Social» (direction provinciale de l'Institut national de la Sécurité sociale) du lieu de résidence;*
   en **France,** *l'organisme qui sert ou servirait les prestations en nature de l'assurance maladie;*
   en **Irlande,** *le «Department of Social Welfare» (ministère de la prévoyance sociale), à Dublin;*
   en **Italie,** *le siège provincial de l'INAIL;*
   au **Luxembourg,** *l'Union des caisses de maladie;*
   au **Portugal, pour le continent:** *le «Centro Regional de Segurança Social» (centre régional de sécurité sociale) du lieu de résidence;* **pour Madère:** *la «Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Funchal;* **pour les Açores:** *la Direcção Regional de Segurança Social» (direction régionale de sécurité sociale), à Angra do Heroismo;*
   en **Autriche,** *la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour votre lieu de résidence;*
   en **Finlande,** *la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurance sociale), à Helsinki, office local: B.P. 00601 Helsinki;*
   en **Islande,** *le «Tryggingastofun rikisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;*
   au **Liechtenstein,** *l'Office d'économie nationale;*
   en **Norvège,** *le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance) du lieu de résidence ou de séjour;*
   en **Suède,** *le «försäkringskassan» (Office des assurances sociales) du lieu de résidence ou de séjour.*

b) *Vous devez joindre à votre demande les documents suivants:*

pour la **Belgique,**	*un extrait de l'acte de décès, délivré par l'administration communale,* *les factures acquittées relatives aux frais funéraires; tout document prouvant le lien de parenté ou d'alliance avec le défunt ou, le cas échéant, la cohabitation avec lui;*
pour le **Danemark,**	*l'acte de décès;* *lire attentivement les «vejledhing om ansøgning for begravelseshaelp» (instructions pour l'introduction d'une demande d'allocation de décès) que vous recevrez ultérieurement;*
*pour l'***Allemagne,**	*l'acte de décès;*
pour la **Grèce,**	*l'acte de décès, le livret de santé, les cartes d'assurances, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais funéraires;*
*pour l'***Espagne,**	*— le certificat de décès et* *— l'attestation de lien de parenté ou les factures acquittés des frais funéraires si le demandeur n'a pas de lien de parenté avec le défunt;*
pour la **France,**	*— dans tous les cas, le «bulletin de décès» de l'assuré,* *— en outre, selon le cas,* *— si vous étiez l'époux ou l'épouse de l'assuré, la «fiche familiale» d'état civil,* *— si vous êtes son descendant (fils, fille, petit-fils, etc.), la «fiche familiale» d'état civil établissant son lien de parenté avec vous,* *— si vous êtes son ascendant (père, mère, grand-père, etc.), sa «fiche individuelle» d'état civil,* *— si vous étiez à sa charge à un autre titre, une attestation sur l'honneur, indiquant que vous étiez à sa charge totale, effective et permanente;*
*pour l'***Irlande,**	*le certificat de décès,* *le cas échéant le certificat de mariage,* *le devis ou le décompte des frais funéraires ou le reçu de ces frais, si vous les avez payés;*
*pour l'***Italie,**	*le certificat de décès,* *le document d'immatriculation,* *l'état de famille s'il y a lieu;*

pour le **Luxembourg,** *l'acte de décès,*
les factures acquittées relatives aux frais funéraires,
le cas échéant un certificat de l'administration communale attestant la communauté domestique;

pour le **Portugal,** *— dans tous les cas, le certificat de décès et les factures acquittées relatives aux frais funéraires,*
— en outre, selon le cas,
— si vous étiez le conjoint du défunt ou son descendant, votre certificat de naissance complet,
— si vous étiez ascendant à charge du défunt, votre attestation de revenus;

*pour l'***Autriche,** *le certificat de décès,*
les factures acquittées relatives aux frais funéraires;

pour la **Finlande,** *le certificat de décès,*
tout document prouvant le lien de parenté avec le défunt;
si le demandeur est entrepreneur de pompes funèbres, une lettre de l'avoué de l'ayant droit aux prestations;

pour le **Liechtenstein,** *le certificat de décès,*
le certificat attestant la cause du décès,
les factures acquittées relatives aux frais funéraires;

pour la **Norvège,** *le certificat de décès;*

pour la **Suède,** *le certificat de décès,*
le certificat attestant la cause du décès.

NOTES

* Accord EEE sur l'Espace économique européen, annexe VI, sécurité sociale: aux fins de cet accord, le présent formulaire s'appliquera également à l'Autriche, à la Finlande, à l'Islande, au Liechtenstein, à la Norvège et à la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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) À indiquer uniquement quand il s'agit d'un travailleur ou d'un titulaire (ou demandeur) de pension ou de rente.

(2 *bis*) En cas d'un titulaire ou demandeur de pension ou de rente de nationalité espagnole, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée. À défaut, indiquer «néant».

(2 *ter*) Pour l'allocation de l'institution finlandaise, indiquer le numéro (d'identité) du registre de la population si le demandeur est une personne physique.

(3) Indiquer la dénomination et l'adresse.

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

(5) Pour les besoins des institutions portugaises, remplir la feuille intercalaire.

(6) Dans le cas d'une demande d'allocation de décès introduite conformément à la législation du Liechtenstein et de la Suède, la cause du décès doit être soit «accident du travail» soit «maladie professionnelle».

(7) À compléter lorsque l'allocation est demandée au titre de la législation belge, si le demandeur d'allocation n'est pas le conjoint, ou un parent ou allié jusqu'au troisième rang du défunt.

(8) Si le demandeur d'allocation est entrepreneur de pompes funèbres, une lettre de l'avoué de l'ayant droit aux prestations doit être envoyée lorsque l'allocation est demandée au titre de la législation finlandaise.

(9) À indiquer dans la monnaie du pays de résidence du demandeur d'allocation.

(10) Ne s'applique pas aux institutions irlandaises.

E 124 intercalaire

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS PORTUGAISES

1 Conjoint

1.1 État civil

☐ Veuf/veuve ☐ remarié/e ☐ divorcé/e

1.2 Lors du décès, vivait-il/elle sous le toit et à la charge du/de la décédé/e?

☐ oui ☐ non

2 Enfants ayant droit aux allocations familiales

	Nom	Prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Degré d'enseignement	Enfant handicapé
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
Règlement 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 n° ..... (2) ☐ 1er semestre ☐ 2e semestre de l'exercice 19.....

2 Institution compétente destinataire

2.1 Dénomination: ..... N° de code (2 bis): .....
2.2 Adresse (3): .....
.....

3 ☐ Travailleur salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime salariés) ☐ Autre (4)
☐ Travailleur non salarié ☐ Titulaire de pension ou de rente (régime non salariés)

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

4 Membre de la famille (5)

4.1 Nom (4 bis)
.....
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
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 (5 bis) ☐ 55.1

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 .....

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:	N° de code (9):	.....
7.2	Adresse (3):		
	.....		
7.3	Cachet		
		7.4 Date:	.....
		7.5 Signature	
		.....	

8	Réservé à l'institution du pays compétent

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. 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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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) Indiquer s'il s'agit d'un travailleur frontalier, d'un travailleur en chômage, d'un travailleur saisonnier, d'un demandeur de pension ou de rente, etc.

(4 *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 *ter*) 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. À défaut, indiquer «néant». 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*) 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.

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 31.a
Règlement 574/72: article 34

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

A. Demande

1 Institution destinataire (2)

1.1 Dénomination: .....

1.2 Adresse (3): .....

.....

.....

2

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

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

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

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

.....

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'Autriche, la Finalnde, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; P = Portugal; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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;*
- — *au* **Portugal,** *le «Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social» (département des relations internationales et conventions de sécurité sociale), à Lisbonne;*
- — *en* **Autriche,** *l'«Hauptverband der Österreichische Socialversicherungsträger» (Association générale des institutions d'assurances sociales autrichiennes), à Vienne;*
- — *en* **Finlande,** *la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales), à Helsinki;*
- — *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;*
- — *en* **Suède,** *le «Riskförsäkringsverket» (Conseil national des assurances sociales), à Stockholm.*

(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.

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 19 ..... (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 ter): .....

4 Adresse de la famille du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente et de sa famille (3)

.....
.....

5 Le droit des membres de la famille du travailleur désigné ci-dessus ou du titulaire de pension ou de rente désigné ci-dessus et des membres de sa famille aux prestations en nature a été attesté par votre formulaire
E ..... du .....

6 Pour la période pendant laquelle ce droit a subsisté
(du ..... au .....),

6.1 le nombre de forfaits mensuels

☐ par famille ou par pensionné et famille ☐ par membre de famille ☐ par tête
est de .....

7 Institution compétente

7.1 Dénomination: ..... Nº de code (5): .....
7.2 Adresse (3): .....
.....
7.3 Cachet

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

E 127

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'Autriche, la Finlande, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suède.

(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; GB = Royaume-Uni; A = Autriche; FIN = Finlande; IS = Islande; FL = Liechtenstein; N = Norvège; S = Suède.

(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.