

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

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

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

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

A. Notification du droit

1.	Institution du lieu de résidence ⁽²⁾
1.1	Dénomination:
1.2	N° d'identification de l'institution:
1.3	Adresse:
1.4	Référence: votre formulaire E 107 du

2.	Assuré
2.1	Nom(s) ⁽³⁾ de famille:
2.2	Prénom(s) ⁽⁴⁾ : Date de naissance:
2.3	Nom(s) antérieur(s):
2.4	Adresse:
2.5	N° d'identification personnel:
2.6	Le travailleur <input type="checkbox"/> est un travailleur non salarié

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

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

- qu'ils n'y aient déjà droit au titre de la législation du pays où ils résident ⁽⁵⁾
- qu'ils n'exercent une activité professionnelle ⁽⁵⁾

5. Ce droit est ouvert à la date du

6. et subsiste

6.1 jusqu'à l'annulation de la présente attestation

6.2 pendant un an à compter de la date spécifiée au point 5 ⁽⁶⁾

6.3 jusqu'à la date prévue pour la fin du travail saisonnier, c'est-à-dire

6.4 jusqu'au ⁽⁷⁾ inclus.

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

8. Institution compétente

8.1 Dénomination:

8.2 N° d'identification de l'institution:

8.3 Adresse:

8.4 Cachet

8.5 Date:

8.6 Signature:

B. Notification de l'inscription ⁽⁸⁾

9. ⁽⁹⁾

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

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

pour les raisons suivante :

ils n'ont pas droit aux prestations

ils ont déjà droit aux prestations en nature

autres motifs

10. ⁽⁹⁾

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

	Nom(s) de famille ⁽³⁾	Prénom(s) ⁽⁴⁾	Date de naissance	N° d'identification personnel
10.1
10.2
10.3
10.4
10.5
10.6
10.7
10.8
10.9
10.10	Le coût de ces prestations est à votre charge, la date à prendre pour point de départ du calcul du forfait visé à l'article 94 du règlement (CEE) n° 574/72 est le			

11.	Carte européenne d'assurance maladie		
11.1	<input type="checkbox"/>	Prière de trouver en annexe, comme demandé en section 7, la carte européenne d'assurance maladie portant le numéro	
11.2	<input type="checkbox"/>	Prière d'indiquer les mesures devant être appliquées concernant la carte européenne d'assurance maladie délivrée au membre de famille désigné dans le cadre 3, portant le numéro et valide jusque.....	
12.	Institution du lieu de résidence		
12.1	Dénomination :		
12.2	N° d'identification de l'institution:		
12.3	Adresse :		
12.4	Cachet	12.5	Date:
		12.6	Signature:

Indications pour l'assuré

- a) Le présent formulaire permet aux membres de votre famille de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité dans le pays où ils résident et selon la législation de ce pays, à moins qu'ils n'y aient déjà droit en vertu de cette même législation.
- b) Dès que les deux exemplaires du présent formulaire seront en votre possession, vous devrez les envoyer aux membres de votre famille, lesquels devront les présenter immédiatement à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu de leur résidence, c'est-à-dire :
- en **Belgique**, la « mutualité/ziekenfonds » (caisse de maladie) choisie;
 - en **République tchèque**, le « Zdravotní pojišťovna », le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;
 - au **Danemark**, l'autorité locale du lieu de résidence;
 - en **Allemagne**, la « Krankenkasse » (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;
 - en **Estonie**, l'« Eestli Haigekassa » (Fonds d'assurance maladie estonien);
 - en **Grèce**, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;
 - en **Espagne**, la « Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social » (direction provinciale de l'Institut national de sécurité sociale) du lieu de résidence;
 - en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie;
 - en **Irlande**, le « Health Board » (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;
 - en **Italie**, en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;
 - à **Chypre**, « Υπουργείο Υγείας » (Ministère de la Santé, 1448 Lefkosia), les institutions de maladie et de maternité. Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées;
 - en **Lettonie**, la « Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra » (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);
 - en **Lituanie**, le « Territorial Patient Fund » (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;
 - au **Luxembourg**, la Caisse de maladie des ouvriers;
 - en **Hongrie**, la « Megyei Egészségbiztosítási Pénztár » (Caisse départementale d'assurance-maladie) compétente;
 - à **Malte**, l'unité « Droits » (Entitlement Unit) du ministère de la santé, 23, John Street, La Valette;
 - aux **Pays-Bas**, une caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence;
 - en **Autriche**, la « Gebietskrankenkasse » (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence;
 - en **Pologne**, l'agence locale du "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence;
 - au **Portugal, pour le continent** : le « Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social » (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence; pour **Madère** : le « Centro de Segurança Social da Madeira » (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal; pour **les Açores** : le « Centro de Prestações Pecuniárias » (Centre de prestations en espèces), du lieu de résidence;
 - en **Slovénie**, l'office régional du « Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije » (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;
 - en **Slovaquie**, la « zdravotná poisťovňa » (l'institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée;
 - en **Finlande**, l'office local de la « Kansaneläkelaitos » (Institution d'assurances sociales);
 - en **Suède**, le « Försäkringskassan » (Office des assurances sociales) du lieu de résidence;
 - au **Royaume-Uni**, le « Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Center » (ministère du travail et des pensions, le service des pensions, centre pour des pensions internationales), Tyneview Park, à Newcastle-upon-Tyne, ou pour l'Irlande du Nord « Department for Social Development, Overseas Benefits Branch » (ministère pour le développement social, filiale pour les prestations d'outre-mer), Block 2, Castle Buildings, à Belfast, suivant le cas;
 - en **Islande**, le « Tryggingastofnun ríkisins » (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;
 - au **Liechtenstein**, l'« Amt für Volkswirtschaft » (Office d'économie nationale), à Vaduz;
 - en **Norvège**, le « lokale Trygdekontor » (Office local d'assurance) du lieu de résidence;
 - en **Suisse**, l'« Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG », à Solothurn.
- c) Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 5 et pour la durée indiquée au cadre 6, en regard de la case marquée d'une croix.
- d) Vous et les membres de votre famille devez signaler à l'institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (fin ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc).

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) À remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (5) Mettre une croix dans la case qui précède, si le formulaire est destiné à une institution irlandaise ou britannique.
- (6) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution allemande, française, italienne ou portugaise.
- (7) Dans le cas où le formulaire est établi par une institution grecque, hongroise ou britannique de travailleurs salariés ou non salariés.
- (8) Si la présente attestation est délivrée pour renouveler l'attestation précédemment émise et dont la validité a expiré, l'institution du lieu de résidence n'a pas à remplir la partie B.
- (9) Remplir le cadre 9 ou 10 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.