

DEMANDE D'ATTESTATION DE DROIT À PRESTATIONS EN NATURE

Règlement (CEE) n° 1408/71 : article 19.1 a; article 19.2; article 22.1 a i, b i et c i; article 22.3; article 25.1 a et 3 i; article 26.1; article 28.1 a; article 29.1 a; article 31 a; article 52 a; article 55.1 a i, b i et c i

Règlement (CEE) n° 574/72 : article 17.1; article 21.1; article 22.1 et 3; article 23; article 27, première phrase; article 28; article 29.1 et 2 ; article 30.1; article 31.1 et 3; article 60.1; article 62.3, 4 et 7; article 63.1 et 3

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

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

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

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

2.	<input type="checkbox"/> Assuré
2.1	Nom(s) de famille ⁽²⁾ :
2.2	Prénom(s) ⁽³⁾ : Date de naissance :
2.3	Nom(s) antérieur(s):
2.4	Adresse:

2.5	N° d'identification personnel ⁽⁴⁾ :
2.6	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Demandeur
	de la pension ou de la rente de
	<input type="checkbox"/> vieillesse <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> survie
	<input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> maladie professionnelle
2.7	Institution débitrice de la pension ou de la rente:

3.	<input type="checkbox"/> Dernier employeur ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Dernière activité non salariée ⁽⁵⁾
3.1	Nom:
3.2	Adresse:

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

4.	Membres de la famille ⁽⁸⁾			
4.1	Nom(s) de famille ⁽²⁾	Prénom(s) ⁽³⁾	Date de naissance	N° d'identification personnel ⁽⁴⁾

4.2	Adresse dans le pays de résidence ⁽⁹⁾ :			
			

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

- 5.1 l'octroi de prestations en nature
- 5.2 le maintien du droit aux prestations en nature
- 5.3 l'inscription chez nous comme ayant droit aux prestations en nature

6. Les prestations en nature ont été accordées n'ont pas été accordées
 6.1 conformément à l'article 29.2 60.1 62.3 du règlement (CEE) n° 574/72.
 6.2 Le demandeur n'a plus exercé d'activité jusqu'à présent
 a exercé l'activité suivante:

7. Veuillez nous faire parvenir l'attestation de droit à prestations sur
 formulaire E
 certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie ou sur carte européenne d'assurance maladie
 (si la délivrance de la carte est possible selon la législation de l'État compétent)
 valable du au

8. En annexe, rapport médical ⁽¹⁰⁾

9.	Institution du lieu de résidence ou de séjour			
9.1	Dénomination:			
9.2	N° d'identification de l'institution:			
9.3	Adresse:			
			
9.4	Cachet	9.5	Date:	
		9.6	Signature:	
			

B. À remplir par l'institution compétente

10.	
10.1	<input type="checkbox"/> Veuillez trouver, ci-joint, le formulaire précité; prière de nous renvoyer un exemplaire rempli et signé ⁽¹¹⁾
10.2	<input type="checkbox"/> Il ne nous est pas possible de délivrer l'attestation demandée à la partie A, parce que:

11.	Institution compétente	
11.1	Dénomination:	
11.2	N° d'identification de l'institution:	
11.3	Adresse:	
11.4	Cachet	11.5 Date:
		11.6 Signature:

NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK= Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (3) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (4) Pour les besoins des institutions italiennes, indiquer le numéro de code fiscal.
Pour les besoins des institutions maltaises, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant maltais, le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.
Pour les besoins des institutions slovaques, indiquer le numéro de naissance slovaque, le cas échéant.
Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer, s'il s'agit d'un ressortissant espagnol, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (DNI.) ou, s'il s'agit d'un ressortissant étranger, sur la NIE. Si la carte DNI ou la NIE est périmée, indiquer «néant».
- (5) À remplir uniquement si le formulaire concerne un travailleur salarié ou non salarié en activité ou un travailleur au chômage.
- (6) À remplir uniquement si le formulaire concerne un travailleur salarié qui est présumé avoir été victime d'un accident du travail.
- (7) Pour l'Espagne : la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (Direction provinciale de l'Institut national de la sécurité sociale) ou la «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina» (Direction provinciale de l'Institut national de la marine) pour le régime spécial des gens de mer.
- (8) À remplir seulement dans le cas de membres de la famille pour lesquels a été présentée une demande de prestations ou d'inscription. Pour l'inscription, indiquer un seul membre de la famille.
- (9) À remplir seulement si l'adresse des membres de la famille diffère de celle du chef de ménage.
- (10) À joindre seulement s'il y a lieu. Dans ce cas, mettre une croix dans la case correspondante.
- (11) Pour les besoins des institutions néerlandaises et suisses, et si la nature du formulaire à renvoyer le permet.