

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

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii; article 22 ter; article 34 ter; article 25.1 b; article 52.b; article 55.1 a ii
Règlement (CEE) n° 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.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages.

1. Institution du lieu de résidence ou de séjour

1.1 Dénomination:

1.2 N° d'identification de l'institution:

1.3 Adresse:

2. Référence: votre formulaire E 115 du (date)

3. Travailleur salarié Travailleur non salarié Travailleur en chômage

3.1 Nom(s) de famille ⁽²⁾: Nom(s) de famille à la naissance (si différent):

3.2 Prénom(s): Date de naissance:

3.3 Adresse dans le pays de résidence ou de séjour:

3.4 N° d'identification personnel:

4. La personne indiquée au cadre 3

4.1 a droit aux prestations en espèces, provisoirement et sauf prorogation éventuelle,
du au

4.2 n'a pas droit aux prestations en espèces
Motif: voir le formulaire E 118 ci-joint.

4.3 n'a plus droit aux prestations en espèces à partir du (date)
Motif: voir le formulaire E 118 ci-joint.

5. Ces prestations seront servies ⁽³⁾

5.1 par nos soins

5.2 par vos soins pour notre compte ⁽⁴⁾

5.3 par l'employeur ⁽⁵⁾
du au ⁽⁶⁾

6. ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾

6.1 L'indemnité doit être servie pour tous les jours de la semaine, sauf

le lundi le mardi le mercredi
 le jeudi le vendredi le dimanche

6.2 Le montant journalier net de cette indemnité est de
..... ⁽⁹⁾ si l'assuré n'est pas hospitalisé
..... ⁽⁹⁾ en cas d'hospitalisation

6.3 Lorsque les indemnités sont dues pour un mois entier, elles sont accordées pour trente jours, que le mois ait plus de trente jours ou moins.

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

7.1 d'un examen ⁽¹⁰⁾:

7.2 d'un contrôle administratif:

7.3 d'un nouveau contrôle médical, à effectuer vers le (date)

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:

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) Ce renseignement est superflu dans les cas des demandeurs d'emploi pour lesquels a été émis un formulaire E 119.
- (4) L'institution compétente peut indiquer le mode de paiement à cet endroit.
- (5) Lorsque ce formulaire est adressé à une institution française, polonaise, italienne ou hongroise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.
- (6) À remplir par les institutions danoises, allemandes, luxembourgeoises, polonaises, hongroises et slovaques.
- (7) À remplir par les institutions allemandes, luxembourgeoises, polonaises, slovaques et espagnoles.
- (8) À remplir uniquement dans le cas indiqué au point 5.2.
- (9) Indiquer le montant en monnaie nationale.
- (10) Indiquer le genre d'examen médical demandé (radiographie, analyse de ..., etc.).