

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 au chômage

Règlement (CEE) n° 1408/71 : article 19.1 a; article 19.2; article 25.3 i  
Règlement (CEE) n° 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.

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 <sup>(2)</sup>
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) de famille <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Prénom(s) <sup>(4)</sup> : ..... Date de naissance: .....
2.3	Nom(s) antérieur(s): .....
2.4	Adresse dans le pays de résidence: .....
2.5	N° d'identification personnel: .....
2.6	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur salarié
2.7	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur non salarié
2.8	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (salarié)
2.9	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (non salarié)
2.10	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur au chômage

3.	Membre de la famille <sup>(5)</sup>
3.1	Nom(s) de famille <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Prénom(s) <sup>(4)</sup> : ..... Date de naissance: .....
3.3	Nom(s) antérieur(s): .....
3.4	Adresse dans le pays de résidence: .....
3.5	N° d'identification personnel: .....

4.1.  L'assuré désigné ci-dessus et les membres de sa famille <sup>(6)</sup> résidant avec lui

4.2.  Les membres de famille <sup>(6)</sup> du travailleur au chômage 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 <sup>(7)</sup>

6.3  jusqu'au ..... inclus <sup>(8)</sup>

7. Institution compétente pour la maladie-maternité

7.1 Dénomination: .....

7.2 Numéro d'identification de l'institution: .....

7.3 Adresse: .....  
.....  
.....

7.4 Cachet

7.5 Date: .....

7.6 Signature: .....  
.....

**B. Notification de l'inscription <sup>(9)</sup>**

8.

8.1  L'assuré indiqué au cadre 2 et les membres de sa famille

8.2  Les membres de famille du travailleur en chômage indiqués au cadre 3

8.3  ont été inscrits chez nous le : .....

8.4  n'ont pas pu être inscrits chez nous parce que : .....  
.....

9.

9.1	Nom(s) de famille <sup>(3)</sup>	Prénom(s) <sup>(4)</sup>	Nom(s) antérieur(s)	Date de naissance	Numéro d'identification personnel
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Institution du lieu de résidence

10.1 Dénomination: .....

10.2 Numéro d'identification de l'institution: .....

10.3 Adresse: .....  
.....  
.....

10.4 Cachet

10.5 Date: .....

10.6 Signature: .....  
.....

### Indications pour l'assuré

- a) Le présent formulaire vous donne droit, à vous-même et aux membres de votre famille, aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. Si vous êtes au 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 de votre lieu de résidence. Si vous êtes au 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;
  - 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'«Eesti 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. 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**, en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (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);
  - à **Chypre**, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie). 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 Vallette;
  - 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**, le «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie);
  - en **Slovaquie**, la «zdravotná poisťovňa» (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, service des pensions, centre des pensions internationales), Tyneview Park à Newcastle-upon-Tyne, ou pour l'Irlande du Nord «Department for Social Development, Overseas Benefits Branch» (ministère du développement social, service des 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 — Istitutozione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn.
- 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-même ou les membres de votre famille devez 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

- (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) À remplir uniquement si le formulaire concerne les membres de la famille du demandeur d'emploi; dans ce cas, donner les renseignements pour un seul membre de la famille afin de leur permettre d'être inscrits, les membres de la famille qui ont droit aux prestations étant déterminés par la législation du pays de résidence.
- (6) Les membres de la famille qui ont droit aux prestations sont déterminés par la législation du pays de résidence.
- (7) Au cas où le formulaire est établi par une institution allemande, française, italienne ou portugaise.
- (8) Au cas où le formulaire est établi par une institution grecque, hongroise ou britannique de travailleurs salariés ou non salariés.
- (9) Si ce formulaire est délivré pour renouveler une attestation émise précédemment, il n'y a pas lieu de remplir la partie B.

---