

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 (CEE) n° 1408/71 : article 19.1 a et 2; article 25.3 i; article 26.1; article 28.1 a; article 29.1 a
Règlement (CEE) n° 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 ou l'institution du lieu de résidence remplit la partie A du formulaire et adresse deux exemplaires de celui-ci à l'institution du lieu de résidence ou à l'institution compétente (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison). L'institution du lieu de résidence remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution ayant délivré le document.

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.

A. Notification

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

2.	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur frontalier (salarié)
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur frontalier (non salarié)
	<input type="checkbox"/> Travailleur au chômage	
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (salarié)	
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (non salarié)	
	<input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente	
	2.1	Noms ⁽²⁾ de famille:
2.2	Prénoms ⁽³⁾ : Date de naissance:	
2.3	Nom(s) antérieur(s):	
2.4	Adresse dans le pays de résidence:	
2.5	N° d'identification personnel ⁽⁴⁾ :	

3.	Membre de la famille ⁽⁵⁾
3.1	Noms ⁽²⁾ de famille:
3.2	Prénoms ⁽³⁾ : Date de naissance:
3.3	Nom(s) antérieur(s):
3.4	Adresse dans le pays de résidence:
3.4	N° d'identification personnel:

- 4. Le droit à prestations attesté par notre votre 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 Tous les membres de la famille du travailleur inscrits ne résident pas dans notre votre État depuis le:
 - 4.3 La pension ou la rente du titulaire désigné ci-dessus est suspendue ou supprimée depuis le
 - 4.4 Le titulaire du droit à prestations visé au point 2
ou
 le membre de la famille visé au point 3
 - ne réside plus dans notre votre État depuis le (date)
 - est décédé le (date)
 - 4.5 Le membre de la famille désigné au point 3 ne remplit plus les conditions requises par la législation de l'État de résidence depuis le
 - 4.6 ⁽⁶⁾

5.	<input type="checkbox"/> Institution compétente	<input type="checkbox"/> Institution du lieu de résidence
5.1	Dénomination:	
5.2	Numéro d'identification de l'institution:	
5.3	Adresse:	
5.4	Cachet	5.5 Date:
		5.6 Signature:

B. Accusé de réception

- 6. La notification contenue dans la partie A ci-dessus nous est parvenue le
- 7. L'inscription de la/des personne(s) indiquée(s) dans la partie A a pris fin le
- Nous confirmons la fin du droit à prestations notifiée au point 4, qui entre en vigueur le

8.	<input type="checkbox"/> Institution compétente	<input type="checkbox"/> Institution du lieu de résidence
8.1	Dénomination:	
8.2	Numéro 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) 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 si des membres de la famille sont concernés par la fin du droit à prestations.
- (6) Il est obligatoire d'indiquer le motif de la cessation, en utilisant les lettres ci-dessous:
- a) le titulaire a commencé une activité dans l'État de résidence;
 - b) un membre de la famille a commencé une activité dans l'État de résidence;
 - c) les cotisations n'ont pas été acquittées;
 - d) autre.
-