

DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 19.1 b; article 22.1 a ii; article 25.1 b; article 52.b; article 55.1 a ii
Règlement (CEE) n° 574/72: article 18.2 et 3; article 24; article 26.5 et 7; article 61.2 et 3; article 64

Si le formulaire concerne un travailleur en activité, il doit être établi en un seul exemplaire et adressé à l'institution compétente d'assurance maladie-maternité ou d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Par contre, s'il concerne un demandeur d'emploi, il y a lieu d'établir deux exemplaires supplémentaires, dont l'un sera adressé à l'institution compétente en matière d'assurance chômage, l'autre à l'institution correspondante du pays où le chômeur s'est rendu pour y chercher du travail.

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

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

2.	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Travailleur au chômage
2.1	Nom(s) de famille ⁽²⁾ :	Nom(s) de famille à la naissance (si différent):	
2.2	Prénom(s):	Date de naissance:	
2.3	N° d'identification personnel:		
2.4	Porteur du formulaire E 119 délivré le	⁽³⁾	
	et du formulaire E 303 délivré le	⁽³⁾	

3.	Employeur ⁽⁴⁾
3.1	Nom ou raison sociale:
3.2	Adresse:

A. ⁽⁵⁾ Demande de prestations

4.	La personne désignée au cadre 2 a sollicité le	(date)
	l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite	
	<input type="checkbox"/> d'un traitement hospitalier effectué du au (dates) dans un hôpital ou un établissement de prévention ou de réadaptation ⁽⁶⁾	
	<input type="checkbox"/> d'incapacité de travail	
	à la suite d'un(e)	
4.1	<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> maternité (date présumée de l'accouchement:
	<input type="checkbox"/> accident du travail	<input type="checkbox"/> accident survenu le (date)
	<input type="checkbox"/> maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> adoption <input type="checkbox"/> indemnité réduite en cas de maternité et d'adoption

5. Le certificat du médecin traitant
 est joint n'a pu être fourni

6. De l'avis de notre médecin contrôleur dont le rapport se trouve en annexe
 dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais
- 6.1 l'incapacité de travail a débuté le
 et se prolongera probablement jusqu'au
- 6.2 il n'y a pas incapacité de travail ⁽⁷⁾

7. Il est estimé que l'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation pour les motifs suivants:

8. L'incapacité de travail est présumée avoir été causée par un accident où la responsabilité d'un tiers est engagée.
- 8.1 L'incapacité de travail est due à d'autres circonstances spécifiques décrites dans les documents en annexe.
- 8.2 Un rapport concernant cet accident et l'adresse du tiers dont la responsabilité est engagée sont joints au présent formulaire.
- 8.3 D'autres documents sur l'origine de l'incapacité de travail sont joints au présent formulaire.
9. Nous sommes disposés à servir les prestations en espèces à l'intéressé pour votre compte. Veuillez nous faire savoir si vous êtes d'accord sur cette procédure et, dans l'affirmative, nous fournir toutes les indications utiles en vue du paiement des prestations⁽⁸⁾.
10. Nous ne sommes pas disposés à servir à l'intéressé les prestations en espèces pour votre compte.

B. ⁽⁶⁾ Prolongation de l'incapacité de travail

11. Comme suite à
- 11.1 notre formulaire E 115 du (date)
- 11.2 votre formulaire E 117 du (date)
- 11.3 nous avons l'honneur de vous faire savoir que, de l'avis de notre médecin contrôleur,
 dont vous trouverez le rapport en annexe,
 dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs délais,
 la personne indiquée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au inclus.

12. Institution du lieu de résidence ou de séjour

- 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 les personnes concernées

En Italie, vous devez adresser ce formulaire – en cas de maladie ou de maternité – au siège local de l'«Istituto nazionale della previdenza sociale» (INPS) (Institut national de la prévoyance sociale) ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'«Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro» (INAIL) (institut national d'assurance contre les accidents du travail).

Pour les Pays-Bas, si l'institution compétente d'assurance maladie n'est pas connue, veuillez adresser le formulaire à l'UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

En Slovénie, vous devez adresser ce formulaire – en cas de prestations en nature de maternité - au siège compétent du «Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke» (Centre des affaires sociales Ljubljana Bežigrad – Unité centrale pour la protection parentale et les prestations familiales), ou, en cas d'incapacité de travail, à l'office régional compétent du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (Institut d'assurance maladie de Slovénie).

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) À remplir uniquement lorsque le formulaire concerne un demandeur d'emploi.
- (4) Pour les demandeurs d'emploi, indiquer le dernier employeur.
- (5) Les parties A et B s'excluent; mettre une croix dans la case correspondant à la partie remplie.
- (6) En ce qui concerne les personnes assurées auprès d'une caisse de maladie allemande ou d'une institution autrichienne ou belge, lorsque l'institution de sécurité sociale du lieu de résidence ignore la date exacte à laquelle l'intéressé a quitté l'hôpital au moment où elle établit le présent formulaire, elle est tenue de fournir ce renseignement ultérieurement dans les plus brefs délais.
- (7) Joindre une copie du formulaire E 118 adressé à l'intéressé.
- (8) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, italienne, hongroise ou polonaise, il n'y a pas lieu de cocher cette case.