

ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES TITULAIRES DE PENSION OU DE RENTE OU DES MEMBRES  
DE LEUR FAMILLE ET LA TENUE DES INVENTAIRES

Règlement 1408/71 : article 28.1 a; article 29.1 a  
Règlement 574/72 : article 29.1, 2 et 3; article 30.1; article 95.4

L'institution qui doit délivrer l'attestation conformément à l'article 29, paragraphe 2 ou à l'article 30, paragraphe 1 du règlement n° 574/72 remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou de rente, ou au membre de sa famille, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été demandé par celle-ci. Le cas échéant, les deux exemplaires sont d'abord transmis à l'institution qui doit remplir les cadres 6 et 7. L'institution du lieu de résidence, après réception des deux exemplaires, en remplit la partie B et transmet un exemplaire à l'institution désignée au cadre 7.

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

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.	Titulaire de pension ou de rente	
2.1	Nom(s) de famille <sup>(3)</sup> : .....	Nom(s) de famille à la naissance (si différent) : .....
2.2	Prénom(s) : .....	Date de naissance : .....
2.3	Adresse dans le pays de résidence : .....	
2.4	Date du transfert de résidence : .....	
2.5	N° d'identification personnel : .....	
2.6	Le titulaire de pension ou de rente était :	
	<input type="checkbox"/> un travailleur salarié	
	<input type="checkbox"/> un travailleur non salarié	
	<input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (salarié)	
	<input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (non salarié)	
	<input type="checkbox"/> un travailleur en chômage	

3.	À remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente		
3.1.	L'intéressé désigné ci-dessus est titulaire d'une pension ou d'une rente		
	<input type="checkbox"/> de vieillesse	<input type="checkbox"/> d'invalidité	<input type="checkbox"/> de survie
	<input type="checkbox"/> d'accident du travail	<input type="checkbox"/> de maladie professionnelle	
3.2.	depuis le : .....		

4.	Institution qui a rempli le cadre 3 <sup>(4)</sup>	
4.1	Dénomination : .....	
4.2	N° d'identification de l'institution : .....	
4.3	Adresse : .....	
4.4	Cachet	4.5 Date : .....
		4.6 Signature
		.....

**5.** Membre de la famille du titulaire de pension ou de rente

5.1	Nom(s) de famille <sup>(3)</sup> :	Nom(s) de famille à la naissance (si différent) :
5.2	Prénom(s) :	Date de naissance :
5.3	Adresse dans le pays de résidence :	
5.4	N° d'identification personnel :	
5.5	Date du transfert de résidence :	

**6.** À remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente ou par l'institution d'assurance maladie-maternité du pays débiteur de la pension ou de la rente <sup>(5)</sup>

6.1	Numéro d'identification de l'institution d'instruction :	
6.2	<input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 2	
	<input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 5	
	a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à partir du .....	
6.3	Le coût des prestations à servir dans le pays de résidence, autre que le pays compétent, est à notre charge	
6.4	<input type="checkbox"/> à partir du ..... et jusqu'à annulation de la présente attestation	
6.5	<input type="checkbox"/> durant un an à partir du ..... <sup>(6)</sup>	
6.6	<input type="checkbox"/> la délivrance de la présente attestation met fin à la validité du formulaire E ..... du .....	

**7.** Institution qui a rempli le cadre 6 <sup>(4)</sup>

7.1	Nom :	
7.2	N° d'identification de l'institution :	
7.3	Adresse :	
7.4	Cachet	
	7.5	Date :
	7.6	Signature

**B. Notification de l'inscription ou de la non-inscription****8.**  <sup>(7)</sup>

8.1	<input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 2	
	<input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 5	
	n'a pas pu être inscrit	
8.2	<input type="checkbox"/> parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature en vertu de la législation de notre pays	
8.3	<input type="checkbox"/> Autres motifs :	
	.....	
	.....	

<b>9.</b>	<input type="checkbox"/> <sup>(7)</sup>
9.1	<input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 2 <input type="checkbox"/> L'intéressé désigné au cadre 5 a été inscrit
9.2	<input type="checkbox"/> Le coût de ces prestations est à votre charge; la date à prendre comme point de départ pour le calcul du forfait visé à l'article 95 du règlement n° 574/72 est le .....

<b>10.</b>	Institution du lieu de résidence du titulaire de pension ou de rente ou du membre de sa famille	
10.1	Dénomination : .....	
10.2	N° d'identification de l'institution : .....	
10.3	Adresse : .....	
10.4	Cachet	10.5 Date : .....
		10.6 Signature
		.....

#### Indications pour le titulaire de pension ou de rente ou le membre de sa famille

Vous devez remettre au plus tôt les deux exemplaires du présent formulaire à l'institution d'assurance suivante :

en **Belgique**, la mutualité choisie;

en **République tchèque**, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie du lieu de résidence;

à **Chypre**, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Lefkosia). Lors de la demande, l'intéressé se verra remettre une carte médicale chypriote, sans laquelle les prestations en nature ne sont pas accordées dans les institutions médicales de l'État;

au **Danemark**, la mairie du lieu de résidence;

en **Allemagne**, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) du lieu de résidence choisie par l'intéressé;

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 la sécurité sociale) du lieu de séjour ou de résidence;

en **Estonie**, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);

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**, l'«Unità sanitaria locale» (USL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;

en **Lettonie**, le «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);

en **Lituanie**, le «Teritorinė ligonių kasa» (fonds territorial des patients);

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, Valletta;

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**, l'office régional du "Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije" (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) compétent pour le lieu de résidence;

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;

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 — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG» à Solothurn.

## 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 lorsque le formulaire est émis à la demande de l'institution du lieu de résidence. Si le demandeur de pension réside au Royaume-Uni, les deux exemplaires du formulaire sont à envoyer directement au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
  - (3) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
  - (4) En France (en ce qui concerne les travailleurs non salariés) et en Hongrie, ce cadre doit être rempli par l'institution d'assurance maladie-maternité.
  - (5) En Italie, les cadres 6 et 7 doivent être remplis exclusivement par l'USL ou le ministère de la santé.
  - (6) Dans le cas où le formulaire, émis par une institution allemande, française, hongroise, italienne ou portugaise, concerne un membre de la famille.
  - (7) Remplir le cadre 8 ou le cadre 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.
-