

Pays	Numéro d'identification <sup>(2)</sup> <sup>(17)</sup>	Institution concernée (le cas échéant, organisme de liaison)
1) .....	.....	.....
2) .....	.....	.....
3) .....	.....	.....
4) .....	.....	.....
5) .....	.....	.....

**INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION OU DE RENTE D'INVALIDITÉ**

*Règlement (CEE) n° 1408/71: articles 44 à 51 bis; article 77*

*Règlement (CEE) n° 574/72: articles 36 à 38; articles 41 à 43; articles 45 à 47; article 49; article 90 (\*); article 111*

À remplir par l'institution d'instruction qui en transmettra un exemplaire à chacune des institutions par lesquelles le travailleur salarié ou non salarié a été assuré (institutions concernées) ou à l'organisme de liaison.

1.	Institution destinataire (selon le cas, institution concernée ou organisme de liaison)
1.1	Dénomination: .....
1.2	Adresse <sup>(3)</sup> : .....

**A. Renseignements concernant l'assuré <sup>(3 bis)</sup>**

2.			
2.1	Nom de famille <sup>(4)</sup> : .....		
2.2	Nom de naissance <sup>(4)</sup> : .....		
2.3	Prénom(s): .....		
2.4	Noms antérieurs <sup>(6)</sup> : .....		
2.5	Sexe <sup>(7)</sup> : .....		
2.6	Nom et prénoms du père <sup>(8)</sup> : .....		
2.7	Nom de naissance et prénoms de la mère <sup>(8)</sup> : .....		
2.8	État civil:		
	célibataire	divorcé <sup>(9)</sup>	séparé
		depuis le: ..... <sup>(10)</sup>	depuis le: ..... <sup>(10)</sup>
	marié	remarié <sup>(9)</sup>	veuf
	depuis le: ..... <sup>(10)</sup>	depuis le: ..... <sup>(10)</sup>	depuis le: ..... <sup>(10)</sup>
	cohabitant		
	depuis le: ..... <sup>(11)</sup> <sup>(12)</sup> <sup>(13)</sup>		
2.9	Numéro d'identification fiscale <sup>(14)</sup> : .....		
	et code du ressort fiscal: .....		
2.10	Numéro matricule <sup>(2)</sup> <sup>(15)</sup> : .....		

(\*) L'article 90 du règlement (CEE) n° 574/72 n'est pas applicable aux Pays-Bas.



## 7.10 L'invalidité

- est présumée n'est pas présumée avoir été causée par un tiers responsable.
- résulte ne résulte pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle <sup>(28)</sup>.
- résulte ne résulte pas d'un accident ou d'une maladie non professionnel(le) <sup>(29)</sup>.
- résulte ne résulte pas de lésions subies ou de maladies contractées en service <sup>(28 bis)</sup>.
- résulte ne résulte pas d'un accident lié au service ou d'une maladie liée à des circonstances ou conditions particulières du service <sup>(28 bis)</sup>.
- est présumée n'est pas présumée avoir été causée intentionnellement par le demandeur <sup>(50)</sup>.

## 7.11 À la date du début de son incapacité de travail, le demandeur

- était affilié à l'assurance invalidité des salariés.
- était affilié à un autre régime d'assurance invalidité.
- n'était pas affilié à un régime d'assurance invalidité.

## 8.

## 8.1 Depuis le début de son incapacité de travail, l'intéressé

- a bénéficié d'une rééducation fonctionnelle.
- n'a pas bénéficié d'une rééducation fonctionnelle.
- a bénéficié d'une réadaptation professionnelle.
- n'a pas bénéficié d'une réadaptation professionnelle.

8.2 Dans l'affirmative, préciser la nature de l'emploi visé: .....

8.3 l'employeur pour lequel ce nouvel emploi est exercé:

le nom de l'employeur ou la raison sociale de l'entreprise: .....

son adresse <sup>(3)</sup>: .....

8.4 les dates d'effet et de résiliation du contrat d'emploi: .....

## 9.

	a demandé les prestations suivantes:	bénéficie des prestations suivantes:
9.1 L'assuré		
9.2 continuation du paiement du salaire ou du traitement en cas de maladie		
9.3 prestations en espèces de l'assurance maladie pour incapacité de travail		
9.4 allocations de rééducation		
allocations de réadaptation professionnelle		
9.5 pension ou rente d'invalidité <sup>(30)</sup>		
9.6 pension ou rente de vieillesse <sup>(30)</sup>		
9.7 pension ou rente de survie <sup>(30)</sup>		
9.8 rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle		
9.9 prestations de chômage ou de préretraite		
9.10 prestations pour l'aide d'une tierce personne <sup>(31)</sup>		
9.11 prestations familiales <sup>(32)</sup>		
9.12 remboursement de cotisations		
9.13 transfert de cotisations <sup>(33)</sup>		
9.14 autres prestations (à préciser)	Oui	Non



10.	Renseignements complémentaires pour l'application des règles de cumul		
10.1	Si des prestations de même nature sont accordées par l'institution ou les institutions concernées, la pension ou la rente calculée par l'institution d'instruction peut-elle être réduite?		
	Oui	Non	À déterminer
10.2	La pension ou la rente calculée par l'institution d'instruction peut-elle être réduite		
	Oui	Non	À déterminer
	— en raison de la prise en compte d'une ou de plusieurs prestations visées à la rubrique 9?		
	9. ....	9. ....	9. ....
	— en raison d'un revenu autre que les prestations visées à la rubrique 9?		
	revenu d'une activité salariée/non salariée		
	autre revenu <sup>(34)</sup> : .....		
10.3	L'institution concernée est-elle priée de préciser le montant de la pension ou de la rente qui résulte d'une assurance volontaire (rubrique 6.7 du formulaire E 210)?		
	Oui	Non	
10.4	La prestation due par l'institution d'instruction résulte-t-elle (en tout ou partie) d'une assurance volontaire?		
	Oui	Non	

#### B. Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré

11.	Conjoint <sup>(13)</sup> <sup>(17)</sup> <sup>(35)</sup>	Partenaire cohabitant <sup>(11)</sup>	
11.1	Nom de famille <sup>(4)</sup> : .....		
	Numéro d'identification ou numéro matricule <sup>(2)</sup> <sup>(15)</sup> <sup>(17)</sup> : .....		
11.2	Prénoms: .....		
	Noms antérieurs: .....		
11.3	Date de naissance: .....		
	Lieu de naissance <sup>(19)</sup> : .....		
11.4	Adresse <sup>(3)</sup> : .....		
	.....		
	.....		
11.5	Date de mariage/cohabitation: .....		
	L'assuré forme-t-il un ménage commun avec le conjoint ou le partenaire?		
	Oui, depuis le .....		
	Non		
	Plus depuis le .....		
11.6	Le conjoint/partenaire	exerce une dispose	n'exerce pas d'activité professionnelle ne dispose pas d'autres revenus
11.7	Le cas échéant, préciser le montant des gains		
	hebdomadaires <sup>(36)</sup> : .....	mensuels <sup>(37)</sup> : .....	annuels <sup>(38)</sup> : .....
11.8	Le conjoint/partenaire		
	a introduit une demande de pension ou de rente du régime		
	des travailleurs salariés		
	des fonctionnaires <sup>(38 bis)</sup>		
	des travailleurs non salariés		
	est titulaire d'une pension ou d'une rente	n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente	
	Dans l'affirmative, préciser:		
11.9	la nature de la pension ou de la rente: .....		
11.10	le numéro de la pension ou de la rente <sup>(17)</sup> : .....		





17.1	Formulaires joints	E 205	E 207 <sup>(49)</sup>	E 213
17.2	Veuillez nous transmettre			
	vos rappels d'arrérages	vos rappels d'arrérages	vos rappels d'arrérages	vos rappels d'arrérages
	Observations: .....	Observations: .....	Observations: .....	Observations: .....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

18.	Institution d'instruction			
18.1	Dénomination: .....			
	.....			
18.2	Adresse <sup>(3)</sup> : .....			
	.....			
18.3	Cachet	18.4	Date: .....	.....
		18.5	Signature: .....	.....
			.....	.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli à la machine ou en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de onze pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.**

## NOTES

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Si le formulaire est adressé à une institution tchèque, indiquer le numéro de naissance; à une institution chypriote, le numéro d'identification national pour les ressortissants chypriotes et le numéro du certificat d'enregistrement d'étranger (ARC) pour les ressortissants non chypriotes; à une institution danoise, le numéro CPR; à une institution finlandaise, le numéro du registre de la population; à une institution suédoise, le numéro personnel (*personnummer*); à une institution islandaise, le numéro d'identification personnel (*kennitala*); à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution lettone, le numéro d'identité; à une institution maltaise, le numéro de carte d'identité pour les ressortissants maltais et le numéro de sécurité sociale maltaise pour les ressortissants non maltais; à une institution norvégienne, le numéro d'identification personnel (*fødselsnummer*); à une institution belge, le numéro national d'assuré social (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR) et à une institution du régime des fonctionnaires, le numéro d'identification personnelle (PRS-Kenn-Nr.); à une institution autrichienne, le numéro d'assuré autrichien (VSNR); à une institution polonaise, le numéro de référence du dossier de pension pour les personnes qui ont introduit une demande de pension ou de rente ou établi leur droit à pension auprès du système de sécurité sociale polonais, les numéros PESEL et NIP ou NKP (numéro NKP pour un assujéti à l'assurance sociale des exploitants agricoles) pour les personnes qui introduisent une demande de pension ou de rente polonaise pour la première fois ou, à défaut d'un tel numéro, les série et numéro de la carte d'identité ou du passeport; à une institution portugaise, le numéro d'affilié au régime général d'assurance et, le cas échéant, si l'intéressé a été affilié au régime de sécurité sociale des fonctionnaires au Portugal; à une institution slovaque, le numéro de naissance; à une institution slovène, le numéro de référence du dossier s'il est connu, auquel cas le numéro visé à la note n° 17 est omis; à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (<sup>3</sup>) Rue, numéro, code postal, localité, pays, numéro de téléphone.
- (<sup>3 bis</sup>) Pour l'Allemagne et l'Autriche, la notion d'«assuré» recouvre tant les assurés affiliés au régime général que les fonctionnaires et assimilés relevant d'un régime spécial. La notion de «pension» englobe également les pensions ou les rentes versées aux fonctionnaires. Pour la Pologne, la notion d'«assuré» recouvre également les affiliés à des régimes spéciaux.
- (<sup>4</sup>) — Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage.  
 — Le «nom de naissance» doit toujours être indiqué; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention «Idem».  
 — Les expressions «dit» et «alias» et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.  
 — Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et que l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, celui du mari actuel ou du dernier mari et, comme nom de naissance, le nom de jeune fille de l'intéressée.  
 — Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms de naissance.  
 — Pour les ressortissants portugais, indiquer tous les noms (prénoms, nom, nom de jeune fille) dans l'ordre de l'état civil tels qu'ils apparaissent sur la carte d'identité ou le passeport.
- (<sup>5</sup>) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (<sup>6</sup>) À indiquer notamment en cas d'adoption ou d'utilisation de surnoms entrés dans l'usage courant; les expressions «dit» et «alias» et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
- (<sup>7</sup>) Indiquer «M» pour «masculin» et «F» pour «féminin».
- (<sup>8</sup>) Cette information est requise lorsque le travailleur est de nationalité espagnole, ou lorsque le formulaire doit être adressé à une institution française, grecque, hongroise ou polonaise, indépendamment de la nationalité du travailleur.
- (<sup>9</sup>) À remplir dans la mesure du possible si le formulaire est adressé à une institution allemande, belge, française, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, autrichienne, portugaise, suédoise, finlandaise, du Liechtenstein ou norvégienne.
- (<sup>10</sup>) Pour les besoins des institutions belges, néerlandaises, polonaises, suédoises, britanniques, du Liechtenstein et finlandaises, préciser aussi la date à côté de la case correspondante.
- (<sup>11</sup>) Pour les besoins des institutions belges, néerlandaises, finlandaises, islandaises et norvégiennes.
- (<sup>12</sup>) Cette information est basée sur une déclaration de l'intéressé.  
 Conformément à la loi néerlandaise portant régime général des pensions de vieillesse, les personnes suivantes sont également considérées comme «mariées» ou comme «conjoints»: les personnes non mariées, de sexe différent ou de même sexe, qui cohabitent en ménage commun de manière permanente, sauf si elles sont parentes par le sang au premier ou au deuxième degré. Par «ménage commun», on entend le ménage formé par deux personnes non mariées qui partagent les charges du logement commun, chacune contribuant aux frais du ménage ou pourvoyant d'une autre façon à l'entretien de l'autre.  
 Au regard de la législation finlandaise, les parties à un partenariat enregistré entre personnes de même sexe sont considérées comme «mariées».
- (<sup>13</sup>) Pour les besoins des institutions norvégiennes, remplir aussi le formulaire E 204/intercalaire 4. Pour les besoins des institutions suisses, remplir aussi l'intercalaire 9. Si le formulaire est adressé à une institution lituanienne, l'intercalaire 6 de celui-ci doit être rempli et non sa partie B.
- (<sup>14</sup>) À remplir uniquement si le formulaire est adressé à une institution portugaise ou slovène.
- (<sup>15</sup>) Pour les besoins des institutions néerlandaises, indiquer le numéro Sofi s'il est connu. Pour les besoins des institutions belges, indiquer le numéro d'assuré social (NISS).
- (<sup>16</sup>) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.

- (17) 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, le NIE, dans les deux cas, si ce numéro existe, même si la carte est périmée. À défaut, indiquer «Néant». Pour les ressortissants slovènes, indiquer le numéro d'identification personnel (EMŠO). Pour les ressortissants maltais, indiquer le numéro de carte d'identité et, s'il ne s'agit pas d'un ressortissant maltais, le numéro de sécurité sociale maltais.
- (18) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple: 1<sup>er</sup> août 1921 = 01.08.1921).
- (19) Pour les villes françaises comprenant plusieurs arrondissements, indiquer le numéro de l'arrondissement (par exemple: Paris 14). Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
- (20) Renseignement obligatoire pour les assurés de nationalité espagnole, française ou italienne; cette rubrique comporte, selon les pays, l'indication d'appartenance territoriale du lieu de naissance (par exemple, en ce qui concerne la France, pour une commune de naissance, Lille, il faut indiquer le département de naissance, Nord, associé au code départemental si l'assuré le connaît, soit, en l'occurrence, 59. L'information portée sera donc «Nord 59»). Pour les personnes nées en Espagne, indiquer seulement la province. Pour les localités néerlandaises, indiquer aussi le nom de la municipalité.
- (21) Pays de naissance de l'assuré (code pays en deux lettres selon la norme ISO 3166-1).
- (22) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, autrichienne, polonaise, lettone, du Liechtenstein, finlandaise ou suisse, indiquer — le cas échéant — l'adresse du représentant légal (administrateur légal, tuteur, curateur, etc.) dans le cadre ci-après.  
Adresse <sup>(3)</sup>: .....
- (23) Si le formulaire est adressé à une institution danoise, française, finlandaise, lettone, polonaise, islandaise ou norvégienne, indiquer la dernière adresse du demandeur dans l'État correspondant dans le cadre ci-après.  
Adresse <sup>(3)</sup>: .....
- (23 bis) Dans le cas de la Pologne, la notion de «fonctionnaire» recouvre les affiliés à des régimes spéciaux.
- (24) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, tchèque, danoise, allemande, grecque, française, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, polonaise, autrichienne, slovaque, suédoise, britannique, islandaise ou norvégienne.
- (24 bis) Pour les besoins des institutions portugaises, préciser la nature de l'activité exercée par l'intéressé au cours de ses trois dernières années d'activité.
- (25) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, tchèque, danoise, allemande, grecque, espagnole, française, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, polonaise, autrichienne, portugaise, islandaise ou norvégienne.
- (26) À remplir si le formulaire est adressé à une institution danoise, espagnole, italienne, autrichienne, portugaise, islandaise ou norvégienne. S'il est adressé à une institution italienne, indiquer tous les revenus à l'exception du logement du demandeur, des prestations familiales, des prestations en espèces de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et des prestations de pure assistance.
- (27) À remplir si le formulaire est adressé à une institution italienne ou grecque. En Italie, le logement du demandeur, les prestations familiales, les prestations en espèces de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et les prestations de pure assistance ne sont pas considérés comme des revenus.
- (28) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, chypriote, allemande, grecque, hongroise, espagnole, française, italienne, luxembourgeoise, lettone, polonaise, autrichienne, portugaise, slovaque, finlandaise ou norvégienne.
- (28 bis) Pour les besoins des institutions polonaises, pour les demandes de pension ou de rente d'invalidité au titre d'un régime spécial. Ce renseignement est requis si le formulaire est adressé à une institution hongroise.
- (29) À remplir uniquement si le formulaire est adressé à une institution chypriote, grecque, hongroise, slovaque, espagnole ou luxembourgeoise.
- (30) Pour les besoins des institutions du Liechtenstein, indiquer aussi si l'assuré a demandé ou bénéficie de la pension ou de la rente du régime complémentaire au titre d'indemnité en espèces. Pour les besoins des institutions slovaques, les pensions ou les rentes de survie englobent celles concédées aux survivants à la suite d'un accident survenu à l'assuré. Pour les besoins des institutions maltaises, préciser si l'assuré a demandé ou bénéficie d'une pension ou d'une rente du régime complémentaire servie par un employeur précédent. Le montant versé doit correspondre à celui stipulé initialement dans la décision de liquidation de la pension ou de la rente. À détailler à la rubrique 9.16. Pour les besoins des institutions polonaises, remplir aussi le formulaire E 204/intercalaire 7.
- (31) Pour les besoins des institutions portugaises, remplir aussi le formulaire E 204/intercalaire 2 si l'assuré a besoin de l'aide d'une tierce personne.
- (32) À remplir pour les besoins des institutions italiennes.
- (33) Pour les besoins des institutions du Liechtenstein.
- (34) Indiquer la nature du revenu pris en considération par l'institution d'instruction pour l'application de ses règles de cumul.
- (35) Pour les besoins des institutions du Liechtenstein, remplir le cadre 11 de la page 5 pour chaque épouse divorcée ou séparée.
- (36) À remplir si le formulaire est adressé à une institution irlandaise, autrichienne ou britannique.
- (37) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge.
- (38) À remplir si le formulaire est adressé à une institution danoise, française, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, autrichienne, islandaise ou norvégienne.
- (38 bis) Pour la Pologne, la notion de «pension ou rente relevant du régime des fonctionnaires» désigne les prestations relevant des régimes spéciaux.

- (39) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, danoise, allemande, française, irlandaise, italienne, néerlandaise, autrichienne, britannique, islandaise ou norvégienne.
- (40) À remplir si le formulaire est adressé à une institution danoise, espagnole, italienne, néerlandaise, islandaise ou norvégienne (montant annuel), française (montant trimestriel), belge, allemande, grecque ou autrichienne (montant mensuel).
- (41) Marquer la date des symboles suivants: \* naissance, °° mariage, † décès.
- (42) Détailler les montants à compter de la date de liquidation de la pension ou de la rente et les modifications ultérieures de ceux-ci.
- (43) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, italienne ou norvégienne, remplir aussi le formulaire E 204/intercalaire 1.
- (44) Indiquer l'adresse commune. Si l'un des enfants ou des ascendants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après:  
Nom de famille et prénoms: .....  
Adresse (3): .....  
.....
- (45) Indiquer si l'enfant est marié, invalide, décédé (date du décès), apprenti, s'il poursuit des études ou s'il bénéficie d'une prestation ou d'une source de revenu propre. Pour les besoins des institutions du Liechtenstein et suisses, joindre une attestation du centre d'apprentissage ou d'études pour chaque enfant de 18 à 25 ans apprenti ou encore aux études. Pour les besoins des institutions chypriotes, joindre une attestation de poursuite d'études à temps plein pour chaque étudiante de 16 à 23 ans et pour chaque étudiant de 16 à 25 ans.
- (46) Pour les besoins des institutions espagnoles et norvégiennes, indiquer si les enfants sont à charge de l'assuré et, si l'un d'eux est invalide, s'il bénéficie d'une pension ou d'une rente d'invalidité à titre personnel.
- (47) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge ou britannique.
- (48) À remplir pour les besoins des institutions italiennes et grecques.
- (49) Si le formulaire est adressé à une institution lettone ou du Liechtenstein, joindre un formulaire E 207 pour l'assuré et — le cas échéant — pour son conjoint actuel et son (ou ses) conjoint(s) antérieur(s).
- (50) Ce renseignement est requis si le formulaire est adressé à une institution hongroise.

**CADRE 12 «ENFANTS»  
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

(Remplir un intercalaire distinct pour chacun des enfants.)

<b>1.</b>	L'enfant visé à la ligne numéro ..... de la rubrique 12.1:				
	exerce une activité professionnelle.				n'exerce pas d'activité professionnelle.
1.1	Dans l'affirmative, indiquer:				
	la nature de l'activité (salariée ou non salariée): .....				
	le montant des revenus (1)	hebdomadaires	mensuels	—	annuels .....

<b>2.</b>	L'enfant visé à la ligne numéro ..... de la rubrique 12.1:				
	dispose d'autres sources de revenus.				ne dispose pas d'autre source de revenus.
2.1	Dans l'affirmative, préciser:				
	la nature des revenus:				
	prestations de sécurité sociale:				
	montant	hebdomadaires	mensuels	annuels	.....
	autres revenus (2):				
	montant	hebdomadaires	mensuels	annuels	.....

<b>3.</b>	Pour l'enfant visé à la ligne numéro ..... de la rubrique 12.1, la personne suivante:				
	(nom de famille, prénom): .....				
	(adresse): .....				
	.....				
	a droit à des prestations ou allocations familiales du fait de l'exercice d'une activité professionnelle				
	[article 79, paragraphe 3, du règlement (CEE) n° 1408/71]				
	d'un montant de: .....				
	à partir du: .....				
3.1	Ces prestations ou allocations familiales sont dues par les institutions suivantes:				
	(dénomination): .....				
	(adresse): .....				
	.....				
	(dénomination): .....				
	(adresse): .....				
	.....				

<b>4.</b>	L'enfant visé à la ligne numéro ..... de la rubrique 12.1 est inapte au travail. Un formulaire E 404 est joint.				
-----------	---	--	--	--	--

(1) Tout revenu doit être déclaré, à l'exception des indemnités de licenciement, des prestations familiales, des arriérés de salaire, des rentes viagères d'accident du travail ou de maladie professionnelle, des pensions de guerre ou d'invalidité accordées en réparation d'infirmités imputables au service militaire, des allocations pour l'aide d'une tierce personne et des indemnités de déplacement.

(2) Revenus immobiliers ou mobiliers (dépôts bancaires ou postaux, comptes courants, effets publics, fonds d'investissement, actions, obligations, etc.).





4.7 Le demandeur a-t-il volontairement réduit son temps de travail?

Non

Oui

Préciser quand et comment l'activité professionnelle du demandeur a été réduite, dans quelle mesure il poursuit une activité de salarié et la nature de celle-ci (nombre d'heures par semaine/mois, montant de la rémunération et des avantages):

.....  
.....

4.8 Dénomination et adresse du dernier employeur du demandeur: .....

4.9 Tâches confiées au demandeur dans le dernier emploi occupé: .....

4.10 Date d'effet du dernier contrat du demandeur: .....

4.11 Date d'expiration du contrat en vigueur (si elle est connue): .....

5. Emploi non salarié

5.1 Le demandeur a-t-il exercé une activité non salariée?

Non → passer à la rubrique 6

Oui

5.2 Dans l'affirmative, préciser la date du début de cette activité: .....

5.3 Le demandeur exerce-t-il actuellement une activité non salariée?

Non

Oui

5.4 Propriétaire de l'activité

L'activité est toujours la propriété du demandeur ou de son conjoint

L'activité a été vendue

L'activité a été cédée en location-gérance

6. Chômage

6.1 Le demandeur a-t-il été au chômage au cours des trois dernières années?

Non

Oui

6.2 Dans l'affirmative, le requérant a-t-il bénéficié ou demandé à bénéficier de prestations de chômage au cours des trois dernières années?

Non

Le demandeur a bénéficié ou bénéficie actuellement de prestations de chômage

Le requérant demande le bénéfice de prestations de chômage (préciser la prestation demandée et l'institution: .....  
..... )

7. Allocation d'aide aux titulaires de pension ou de rente au titre de la loi nationale sur les retraites

L'aide aux titulaires de pension ou de rente peut être accordée aux personnes dont la capacité fonctionnelle, affectée par une maladie ou un accident, les empêche d'accomplir encore seules les actes ordinaires de la vie quotidienne ou leur impose un effort financier supplémentaire à long terme.

7.1 Le requérant demande-t-il l'allocation d'aide aux titulaires de pension ou de rente?

Non

Oui



**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS LITUANIENNES**

1. Série et numéro de l'attestation d'affiliation au régime national lituanien d'assurance sociale  
.....
2. La personne décédée servait-elle dans les forces armées en Lituanie ou dans l'ancienne URSS?
- |   | Oui | Non                         |
|---|-----|-----------------------------|
| Dans l'affirmative, préciser si elle servait comme appelé |     | ou comme volontaire rengagé |
3. Garde d'enfants ou de personnes handicapées à domicile en Lituanie (à remplir uniquement si cette garde a débuté avant le 1<sup>er</sup> janvier 1995):
- 3.1 pour les mères — garde et éducation d'un enfant handicapé de moins de 16 ans? Oui Non
- 3.2 pour les membres de la famille — garde de personnes handicapées du groupe 1? Oui Non
4. Le défunt a-t-il été
- 4.1 prisonnier politique? Oui Non
- 4.2 déporté? Oui Non
- 4.3 résistant? Oui Non
- 4.4 déporté aux travaux forcés au-delà des frontières de l'ex-URSS? Oui Non
- 4.5 interné dans des ghettos, des camps de concentration ou d'autres lieux de détention forcée au cours de la Seconde Guerre mondiale? Oui Non

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS POLONAISES**

À remplir par le demandeur et à joindre au formulaire E 204.

**1. Renseignements concernant le demandeur**

- 1.1 Nom de famille: .....
- 1.2 Nom de naissance: .....
- 1.3 Prénom(s): .....
- 1.4 Date de naissance: .....
- 1.5 Numéro NIP: .....

**2. Pour l'établissement du montant de la pension ou de la rente d'invalidité relevant du régime général de l'assurance sociale, le requérant demande que les éléments suivants soient retenus comme assiette de calcul de la prestation:**

Assiette moyenne de calcul des cotisations à l'assurance sociale ou à l'assurance vieillesse et invalidité en vertu de la réglementation polonaise, dans la période de dix années civiles consécutives sélectionnée parmi les vingt années civiles précédant immédiatement l'année d'introduction de la demande, à savoir de ..... à ..... (\*).

Assiette moyenne de calcul des cotisations à l'assurance sociale ou à l'assurance vieillesse et invalidité en vertu de la réglementation polonaise, dans la période de vingt années civiles précédant l'année d'introduction de la demande, sélectionnée dans la durée totale d'assurance (\*).

Assiette moyenne de calcul des cotisations à l'assurance sociale ou à l'assurance vieillesse et invalidité en vertu de la réglementation polonaise, dans la période de dix années civiles consécutives précédant immédiatement l'année du début de l'affiliation à l'étranger, s'il n'y avait pas eu d'assurance en Pologne au cours des vingt années civiles précédant immédiatement l'année d'introduction de la demande.

Assiette de calcul des cotisations en vertu de la réglementation polonaise à compter de la période d'assujettissement effectif à l'assurance (\*).

**3. Pour permettre l'instruction de la demande de pension ou de rente d'invalidité relevant du régime applicable à la police, préciser le nom de l'unité dans laquelle l'officier a servi avant d'être radié des cadres de la police, la nature du service et la date de ladite radiation:**

.....

**4. Pour permettre l'instruction de la demande de pension ou de rente de policier, le demandeur déclare**

bénéficiaire, pour la période du ..... au .....

ne pas bénéficiaire

d'une rémunération ou d'une prestation en espèces analogue perçue après la date de radiation des cadres.

bénéficiaire

ne pas bénéficiaire

d'une pension ou d'une rente du régime général polonais, d'une pension ou d'une rente de juge ou de procureur en retraite, d'une pension ou d'une rente de survie de juge ou de procureur en retraite, d'une prestation de préretraite ou d'une prestation en espèces financée par le Fonds «chômage».

Dans l'affirmative, préciser le numéro de la prestation, la date d'effet de celle-ci et la dénomination de l'institution débitrice

.....

\_\_\_ cotiser

ne pas cotiser

à un fonds de pension ouvert.

## E 204 intercalaire 7 PL (suite)

5. Pour permettre l'instruction de la demande de pension ou de rente d'invalidité relevant du régime applicable aux militaires, préciser le nom de l'unité dans laquelle l'ancien militaire de carrière a servi activement avant d'être radié des cadres des forces armées et la date de ladite radiation:

.....

6. À la date d'introduction de la demande, le requérant percevait-il des prestations pour maladie, rééducation ou tout autre versement de l'assurance sociale en raison de la période d'incapacité de travail?

Oui \_\_\_\_\_ Non

Dans l'affirmative, préciser le terme de la période d'octroi des prestations perçues: .....

7. Pour établir le montant de la pension ou de la rente d'invalidité relevant du régime de l'assurance sociale des exploitants agricoles, préciser si le demandeur ou son conjoint est (co)propriétaire ou exploitant agricole:

Oui \_\_\_\_\_ Non

Dans l'affirmative, préciser la superficie cultivée (en hectares): .....

.....

Date

.....

Signature du demandeur

- (\*) Pour les travailleurs salariés, joindre l'attestation portant les données relatives à l'assiette de calcul des cotisations à l'assurance sociale ou à l'assurance vieillesse ou invalidité ou l'attestation de rémunération délivrée par l'employeur ou le subrogé aux droits ainsi que la carte d'assurance sociale précisant le montant de la rémunération perçue.

Les documents susmentionnés seront présentés en originaux ou à défaut en copies certifiées conformes par une institution d'assurance étrangère, un notaire ou un consul de la République de Pologne.

Pour les travailleurs non salariés, fournir le numéro de compte bancaire du cotisant. Si l'activité professionnelle était exercée avant l'instauration de l'assurance sociale obligatoire, fournir une attestation délivrée par une organisation professionnelle et sociale (par exemple la Chambre des métiers et négoce).

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS HONGROISES**

*À remplir par le demandeur et à joindre au formulaire E 204.*

- 1.1 Nom de famille <sup>(4)</sup>: .....
- 1.2 Nom de naissance <sup>(4)</sup>: .....
- 1.3 Prénoms <sup>(5)</sup>: .....
- 1.4 Noms antérieurs <sup>(6)</sup>: .....
- 1.5 Nom de naissance et prénoms de la mère <sup>(8)</sup>: .....
- 2. Montant du salaire du demandeur avant l'invalidité: .....
- 3. Nombre d'heures travaillées au cours de la dernière période d'activité exercée avant l'invalidité: .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS LETTONES**

1. L'assuré relève-t-il de l'une des catégories suivantes?

Personnes poursuivies pour délit politique

Étudiants avant 1991

Personnes ayant eu avant 1991 la charge d'un invalide du groupe I, d'un enfant reconnu invalide depuis l'enfance, jusqu'à ce que ce dernier atteigne l'âge de 16 ans, ou d'une personne de plus de 80 ans

2. Si l'assuré servait dans les forces armées en Lettonie ou dans l'ex-URSS avant 1996, préciser

2.1 la période: .....

2.2 s'il servait comme appelé ou comme volontaire rengagé

3. Renseignements relatifs aux enfants de l'assuré si celui-ci a élevé cinq enfants ou plus ou un enfant reconnu invalide depuis l'enfance jusqu'à ce que ce(s) dernier(s) atteigne(nt) l'âge de 8 ans

Enfants:

	Nom de famille:	Prénoms:	Date de naissance:	Période d'éducation:	Observations (*)
1.	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....

(\*) Préciser si l'enfant est invalide ou décédé (date du décès) ou si l'enfant a été placé sous la garde d'une tierce personne ou d'une institution.