

S1



Inscription en vue de bénéficiaire de prestations de l'assurance maladie

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce certificat atteste de vos droits et de ceux de votre famille à bénéficier de prestations en nature de maladie, de maternité et de paternité assimilées (c.-à-d. soins de santé, traitements médicaux, etc.) dans votre État de résidence. Les membres de la famille ne sont couverts que dans la mesure où ils satisfont aux conditions fixées par la législation de l'État de résidence.

Ce certificat doit être remis le plus rapidement possible à l'institution d'assurance maladie de votre lieu de résidence (**). Vous trouverez une liste des institutions d'assurance maladie à l'adresse suivante:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1 Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent

1.2 Nom

1.3 Prénoms

1.4 Nom de naissance (***)

1.5 Date de naissance

1.6 Adresse dans l'État de résidence

1.6.1 Rue, n°

1.6.3 Code postal

1.6.2 Ville

1.6.4 Code du pays

1.7 Situation

1.7.1 Personne assurée

1.7.2 Membre de la famille de la personne assurée

1.7.3 Titulaire de pension

1.7.4 Membre de la famille d'un titulaire de pension

1.7.5 Demandeur de pension

2. PRESTATIONS EN ESPÈCES POUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

2.1 Le titulaire bénéficie de prestations en espèces pour des soins de longue durée

(*) Règlements (CE) n°883/2004, articles 17, 22, 24, 25, à 26 et 34, et (CE) n° 987/2009, articles 24 et 28.

(**) Pour l'Espagne, la Suède et le Portugal, ce certificat doit être communiqué respectivement aux Directions provinciales de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS), à l'Office des assurances sociales et à l'Institut de la sécurité sociale du lieu de résidence.

(***) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution lorsque celle-ci n'en dispose pas.

S1



Inscription en vue de bénéficiaire de prestations de l'assurance maladie

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSURÉE

(à compléter si le titulaire du certificat est l'ayant droit de l'assuré(e))

3.1 Numéro d'identification personnel dans l'État membre compétent	
3.2 Nom	
3.3 Prénoms	
3.4 Nom de naissance (*)	
3.5 Date de naissance	
3.6 Adresse de la personne assurée (si différente de celle indiquée en 1.6)	
3.6.1 Rue, n°	3.6.3 Code postal
3.6.2 Ville	3.6.4 Code du pays

4. PÉRIODE DE COUVERTURE PAR L'ASSURANCE (DU / AU):

4.1 Date de début	4.2 Date de fin
-------------------	-----------------

5. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

5.1 Nom	
5.2 Rue, n°	
5.3 Ville	
5.4 Code postal	5.5 Code du pays
5.6 N° d'identification de l'institution	
5.7 N° de télécopie (bureau)	
5.8 N° de téléphone (bureau)	
5.9 Adresse électronique	
5.10 Date	
5.11 Signature	

CACHET

--

(*) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution lorsque celle-ci n'en dispose pas.