

Pays	Numéro d'identification ⁽²⁾ ⁽¹⁶⁾	Institution concernée (le cas échéant, organisme de liaison)
1)
2)
3)
4)
5)

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION OU DE RENTE DE VIEILLESSE

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 ⁽³⁾ :

A. Renseignements concernant l'assuré ⁽⁴⁾

2.			
2.1	Nom de famille ⁽⁵⁾ :		
2.2	Nom de naissance ⁽⁵⁾ :		
2.3	Prénoms ⁽⁶⁾ :		
2.4	Noms antérieurs ⁽⁷⁾ :		
2.5	Sexe ⁽⁸⁾ :		
2.6	Nom et prénoms du père ⁽⁹⁾ :		
2.7	Nom de naissance et prénoms de la mère ⁽⁹⁾ :		
2.8	État civil:		
	célibataire	divorcé ⁽¹⁰⁾	séparé
		depuis le: ⁽¹¹⁾	depuis le: ⁽¹¹⁾
	marié	remarié ⁽¹⁰⁾	veuf
	depuis le: ⁽¹¹⁾	depuis le: ⁽¹¹⁾	depuis le: ⁽¹¹⁾
	cohabitant		
	depuis le: ⁽¹²⁾ ⁽⁴⁾		
2.9	Numéro d'identification fiscale ⁽¹³⁾ :		
	Code du ressort fiscal:		
2.10	Numéro matricule ⁽²⁾ ⁽¹⁴⁾ :		

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

3. Nationalité ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾:

4. Naissance ⁽¹⁷⁾

4.1 Date ⁽¹⁷⁾:

4.2 Lieu ⁽¹⁸⁾:

4.3 Province ou département ⁽¹⁹⁾:

4.4 Pays ⁽²⁰⁾:

5. Adresse et identification bancaire

5.1 Adresse ⁽³⁾ ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾:

5.2 Identification bancaire ou adresse pour le paiement direct

Nom du bénéficiaire à la banque:

Dénomination de la banque:

Adresse de la banque:

Code bancaire (BIC/SWIFT):

Numéro de compte bancaire (code IBAN):

6.

6.1 Numéro matricule auprès de l'institution d'affiliation:

6.2 Référence du dossier de l'institution d'instruction:

7.

7.1	L'assuré exerce encore une activité professionnelle	de travailleur salarié de fonctionnaire ^(22 bis) entraînant l'affiliation obligatoire à l'assurance pension ⁽²³⁾	de travailleur non salarié
7.2	L'assuré a cessé son activité professionnelle de	travailleur salarié fonctionnaire ^(22 bis)	travailleur non salarié depuis le:
7.3	L'assuré entend cesser son activité professionnelle de	travailleur salarié fonctionnaire ^(22 bis)	travailleur non salarié le:
7.4	L'assuré entend exercer une activité professionnelle ⁽²⁴⁾ de	travailleur salarié fonctionnaire ^(22 bis)	travailleur non salarié (préciser la nature de l'activité):
7.5	Montant du salaire:	des revenus professionnels:	des autres revenus: ⁽²⁵⁾
7.6	Nature des autres revenus:		
7.7	Le demandeur déclare n'avoir aucun revenu ⁽²⁶⁾ .		

- 8.17 Sont considérées comme avance sur la pension ou la rente demandée:
 les prestations de l'assurance maladie pour incapacité de travail.
 les prestations de chômage.

- 8.18 L'assuré a-t-il droit aux prestations en nature de l'assurance maladie au titre de la législation appliquée par l'institution d'instruction?
 Oui Non À déterminer
- 8.19 La prestation visée à la rubrique 8.6 ou 8.7 résulte ⁽³¹⁾:
 des périodes d'assurance accomplies par le demandeur: voir E 205.
 des périodes d'assurance accomplies par son conjoint (antérieur): voir E 205.

9. Renseignements complémentaires pour l'application des règles de cumul

- 9.1 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
- 9.2 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 8?
 8 8 8 8
- en raison d'un revenu autre que les prestations visées à la rubrique 8?
 revenu d'une activité salariée/non salariée
 autre revenu ⁽³²⁾:
- 9.3 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
- 9.4 La prestation due par l'institution d'instruction résulte-t-elle (en tout ou partie) d'une assurance volontaire?
 Oui Non

10. Renseignements à fournir si le formulaire est adressé aux institutions danoises (rubriques 10.1 à 10.3), allemandes, grecques, espagnoles, autrichiennes, polonaises (10.1 et 10.2), françaises (10.1, 10.2 et 10.4), islandaises, slovènes (10.2 et 10.3), portugaises, tchèques, finlandaises et norvégiennes (10.2)

- 10.1 Le demandeur ⁽³³⁾ se déclare inapte au travail (voir le rapport médical joint).
 se déclare dans l'incapacité totale d'exécuter ses tâches, l'incapacité actuelle étant liée aux tâches accomplies (voir le rapport médical joint) ^(33 bis).
 se déclare apte au travail.
- 10.2 Le demandeur ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ déclare avoir besoin de l'aide permanente d'une tierce personne pour accomplir l'un des actes ordinaires de la vie quotidienne (voir le rapport médical joint).
 déclare ne pas avoir besoin de l'aide permanente d'une tierce personne pour accomplir l'un des actes ordinaires de la vie quotidienne.
 déclare que sa capacité fonctionnelle a été affectée par une maladie ou une lésion qui l'empêche d'accomplir encore seul les actes ordinaires de la vie quotidienne ou lui impose un effort financier supplémentaire à long terme ⁽²⁸⁾.
- 10.3 Le demandeur ⁽³³⁾ déclare n'avoir pas suffisamment de moyens d'existence.

10.4 L'institution d'instruction accorde-t-elle une majoration de prestation dans la mesure où le demandeur n'est plus à même d'accomplir encore seul les actes ordinaires de la vie quotidienne?

Oui

Non

À déterminer

— Le demandeur bénéficie-t-il d'une prestation complémentaire à celle visée à la rubrique 8 s'il n'est plus à même d'accomplir encore seul les actes ordinaires de la vie quotidienne?

— La prestation complémentaire peut-elle être réduite si une prestation analogue est accordée par une autre institution concernée?

Oui

Non

À déterminer

B. Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré ⁽⁴⁾

11.	Conjoint	Partenaire cohabitant ⁽¹²⁾ ⁽³⁵⁾
11.1	Nom de famille ⁽⁵⁾ :	
11.2	Prénoms ⁽⁶⁾ :	Noms antérieurs ⁽⁷⁾ :
11.3	Date de naissance:	Lieu de naissance ⁽¹⁸⁾ :
11.4	Nationalité ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾ :	
11.5	Adresse ⁽³⁾ :	
11.6	Numéro matricule ⁽²⁾ ⁽¹⁴⁾ :	
11.7	Date de mariage/cohabitation:	
	L'assuré forme-t-il un ménage commun avec le conjoint ou le partenaire?	
	Oui, depuis le:	
	Non:	
	Non, plus depuis le:	
11.8	Le conjoint/partenaire	exerce une activité professionnelle n'exerce pas d'activité professionnelle
11.9	Dans l'affirmative, préciser le montant des gains	
	hebdomadaires ⁽³⁶⁾ :	annuels ⁽³⁷⁾ :
11.10	Le conjoint/partenaire âgé de 60 à 65 ans déclare	
	être apte au travail	être inapte au travail ⁽³³⁾
11.11	Le conjoint/partenaire	
	a introduit une demande de pension ou de rente du régime	des travailleurs salariés.
	bénéficie d'une pension ou d'une rente du régime	des travailleurs non salariés.
		général.
		des fonctionnaires ^(37 bis) .
	n'est pas titulaire d'une pension ou d'une rente.	
	Le cas échéant, indiquer	
11.12	la nature de la pension ou de la rente ⁽³⁸⁾ :	
11.13	le numéro de la pension ou de la rente ⁽¹⁶⁾ :	
11.14	l'institution débitrice:	
11.15	le montant	mensuel trimestriel annuel hebdomadaire

C. Renseignements divers

13. | Date d'introduction de la présente demande:

Date d'effet de la pension ou de la rente choisie par le demandeur: dans le pays [voir cadre supra section 1]
.....

Date d'effet de la pension ou de la rente dans le pays de l'institution d'instruction:

.....

Le requérant a demandé le paiement ⁽⁴⁷⁾
direct dans l'État de résidence.
à un représentant dans l'État d'origine.

Renseignement complémentaire pour les besoins des institutions finlandaises:
le demandeur souhaite se voir notifier la décision en finnois en suédois

14. Le demandeur a demandé n'a pas demandé
de surseoir au calcul d'une pension ou d'une rente de vieillesse à laquelle il aurait droit.
Le cas échéant, indiquer le pays et la date d'effet choisie:

.....

15. L'institution d'instruction verse des ne verse pas de
prestations à titre provisionnel en vertu de l'article 45, paragraphe 1, du règlement (CEE) n° 574/72.

15.1 Dans la négative, les institutions concernées sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à titre provisionnel en vertu de l'article 45, paragraphe 2, du règlement (CEE) n° 574/72.

16. Il y a lieu Il n'y a pas lieu
de procéder à des retenues pour permettre la compensation prévue à l'article 111 du règlement (CEE) n° 574/72.

16.1 Les éventuels rappels d'arrérages de pension
peuvent ne peuvent pas
être versés directement au bénéficiaire.

17.

17.1	Formulaires joints	E 205	E 207 ⁽⁴⁸⁾	E 213 ou tout élément médical probant disponible
17.2	Veuillez nous transmettre		votre E 210	votre E 213
				votre décision
			votre E 205	vos rappels d'arrérages

Observations:

.....

.....

18. Institution d'instruction

18.1 Dénomination:

.....

18.2 Adresse ⁽³⁾:

.....

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 dix pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

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) 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'assurance 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'assurance 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° 16 est omis; à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV).
- (³) Rue, numéro, code postal, localité, pays, numéro de téléphone.
- (⁴) Pour les besoins des institutions norvégiennes, remplir aussi un formulaire E 202/intercalaire 3. Pour les besoins des institutions suisses, remplir aussi l'intercalaire 4. Pour les besoins des institutions polonaises, remplir aussi l'intercalaire 5. Pour la Pologne, la notion d'«assuré» recouvre également les affiliés à des régimes spéciaux. Pour les besoins des institutions tchèques, remplir aussi l'intercalaire 6. Pour les besoins des institutions lituaniennes, l'intercalaire 7 du formulaire doit être rempli, et non la partie B de celui-ci. Pour les besoins des institutions lettones, l'intercalaire 9 du formulaire doit être rempli, et non la partie B de celui-ci.
- (⁵) 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 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.
- (⁶) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (⁷) 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.
- (⁸) Indiquer «M» pour masculin et «F» pour féminin.
- (⁹) Cette information est requise lorsque le travailleur est de nationalité espagnole, ou lorsque le formulaire doit être adressé à une institution française, hongroise, grecque ou polonaise, indépendamment de la nationalité du travailleur.
- (¹⁰) À remplir dans la mesure du possible si le formulaire est adressé à une institution allemande, belge, française, hongroise, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, polonaise, autrichienne, du Liechtenstein, finlandaise ou norvégienne. Lorsque le renseignement n'est pas disponible auprès de l'institution d'expédition, l'institution compétente s'adressera directement à l'intéressé.
- (¹¹) Pour les besoins des institutions belges, hongroises, polonaises, britanniques, du Liechtenstein et finlandaises, préciser aussi la date à côté de la case correspondante.
- (¹²) Pour les besoins des institutions néerlandaises, finlandaises, hongroises, islandaises et norvégiennes. 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. 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».
- (¹³) À remplir uniquement si le formulaire est adressé à une institution portugaise ou slovène.
- (¹⁴) 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).

- (15) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
- (16) 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 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 ressortissants slovènes, indiquer le numéro d'identification personnel (EMŠO).
- (17) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple: 1^{er} août 1921 = 01.08.1921).
- (18) 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. Pour les localités néerlandaises, indiquer aussi le nom de la municipalité.
- (19) 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 uniquement la province.
- (20) Pays de naissance de l'assuré (code pays en deux lettres selon la norme ISO 3166-1).
- (21) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, autrichienne, polonaise, 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 ⁽³⁾:
- (22) Si le formulaire est adressé à une institution danoise, finlandaise, islandaise, lettone, polonaise ou norvégienne, indiquer la dernière adresse du demandeur dans l'État correspondant dans le cadre ci-après.
Adresse ⁽³⁾:
- (22 bis) Pour la Pologne, la notion de «fonctionnaire» recouvre les affiliés à des régimes spéciaux.
- (23) Pour les besoins des institutions espagnoles et slovènes.
- (24) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, allemande, hongroise, espagnole, irlandaise, luxembourgeoise, polonaise, portugaise, slovaque, autrichienne ou norvégienne.
- (25) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, tchèque, danoise, française, italienne, luxembourgeoise, autrichienne, islandaise, norvégienne (montant annuel), grecque, polonaise ou portugaise (montant mensuel). 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.
- (26) 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.
- (27) 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 maltaises, préciser si l'assuré a demandé ou perçoit une pension ou 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 8.16.
- (28) Pour les besoins des institutions finlandaises.
- (29) À remplir si le formulaire est adressé à une institution italienne.
- (30) Pour les besoins des institutions du Liechtenstein.
- (31) À remplir pour les besoins des institutions lettones et néerlandaises.
- (32) Indiquer la nature du revenu pris en considération par l'institution d'instruction pour l'application de ses règles de cumul.
- (33) Les institutions grecques, espagnoles, françaises, autrichiennes et polonaises peuvent demander ultérieurement un formulaire E 213.
- (33 bis) Pour les besoins des institutions polonaises, pour les demandes de pension ou de rente de vieillesse au titre d'un régime spécial.
- (34) Pour les besoins des institutions portugaises, remplir aussi un formulaire E 202/intercalaire 2.
- (35) Pour les besoins des institutions néerlandaises, un formulaire E 205 du conjoint/partenaire (actuel ou antérieur) doit être introduit en même temps.
- (36) À remplir si le formulaire est adressé à une institution irlandaise, britannique ou autrichienne.
- (37) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, danoise, espagnole, française, italienne, luxembourgeoise, néerlandaise, autrichienne, islandaise ou norvégienne. Pour les besoins des institutions néerlandaises, joindre des pièces justificatives.
- (37 bis) Pour la Pologne, la notion de «pension ou rente relevant du régime des fonctionnaires» désigne les prestations relevant des régimes spéciaux.
- (38) Pour les institutions espagnoles, françaises, autrichiennes ou du Liechtenstein, indiquer la nature du risque (invalidité, vieillesse) et le type de droit (direct ou indirect).

- (³⁹) À remplir si le formulaire est adressé à une institution belge, danoise, espagnole, française, irlandaise, italienne, néerlandaise, autrichienne, britannique, islandaise ou norvégienne.
- (⁴⁰) À remplir si le formulaire est adressé à une institution danoise, espagnole, néerlandaise, autrichienne, islandaise, norvégienne (montant annuel), française (montant trimestriel) ou italienne (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 italienne ou norvégienne, remplir aussi un formulaire E 202/intercalaire 1. Des renseignements complémentaires sont également fournis en intercalaire 1 si l'institution concernée en fait la demande particulière.
- (⁴⁴) Indiquer l'adresse commune. Si l'un des enfants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après:
Nom de famille et prénoms:
Adresse (³):
.....
- (⁴⁵) Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer si les enfants sont à charge de l'assuré et, si l'un d'eux est handicapé, s'il bénéficie d'une pension ou d'une rente d'invalidité à titre personnel.
- (⁴⁶) Indiquer si l'enfant est marié, invalide, décédé (date du décès), apprenti ou s'il poursuit des études. 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.
- (⁴⁷) À remplir si le formulaire est adressé à une institution italienne ou grecque.
- (⁴⁸) Si le formulaire est adressé à une institution du Liechtenstein, joindre un formulaire E 207 pour l'assuré et — le cas échéant — pour son conjoint actuel et son ou ses conjoints antérieurs.
- (⁴⁹) Pour les besoins des institutions hongroises, vérifier si le demandeur âgé de moins de 62 ans a élevé les enfants visés à la rubrique 12.1 durant au moins dix ans dans son ménage.

**CADRE 12 «ENFANTS»
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

(Remplir un intercalaire distinct pour chacun des enfants.)

1.	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

2.	L'enfant visé à la ligne numéro de la rubrique 12.1				
	dispose d'autres sources de revenus.	ne dispose pas d'autres sources 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

3.	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):				
				

4. 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.).

CADRE 10 (rubrique 10.2)
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS PORTUGAISES

À remplir lorsque le demandeur a déclaré avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

1.	Identification de la tierce personne
1.1	Nom de famille: Prénoms:
1.2	Adresse (rue, numéro, code postal, localité et pays):

2.	Information de l'institution d'instruction
2.1	Nous avons constaté que la personne susmentionnée est la tierce personne qui aide effectivement le demandeur à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne (assurer son hygiène corporelle, se nourrir, se déplacer, etc.).
2.2	Il n'a pas été constaté que la tierce personne susmentionnée aidait effectivement le demandeur.

3. L'état du demandeur, entraînant le besoin d'une aide, a-t-il été causé par un tiers?

Oui Non

4. Le demandeur bénéficie-t-il d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne ou d'une prestation analogue?

Oui Non

4.1 Dénomination et adresse de l'institution débitrice:

.....

4.2 Montant mensuel:

.....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS NORVÉGIENNES

1.	Le demandeur	a demandé une	bénéficie d'une
prestation de base couvrant les dépenses supplémentaires liées à la maladie permanente prestation d'aide			

2.	Le conjoint
a demandé la pension de non-actif bénéficie de la pension de non-actif ne perçoit pas de pension de non-actif	

3.	Enfants
Tous les enfants sont-ils à la charge du demandeur? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans la négative, préciser le nom de ceux qui ne le sont pas et le montant de leurs revenus annuels: Si les parents sont mariés: tous les enfants vivent-ils avec eux? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans la négative, préciser le nom des enfants concernés: Si les parents ne sont pas mariés: tous les enfants vivent-ils avec eux? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, préciser pour l'autre parent: son nom de famille: sa date de naissance: ses revenus annuels (de toute nature, à préciser): le nom des enfants concernés:	

4.	Partenaire cohabitant
Le demandeur a-t-il été marié au partenaire cohabitant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Le demandeur a-t-il ou a-t-il eu des enfants du partenaire cohabitant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS POLONAISES

À remplir par le demandeur et à joindre au formulaire E 202.

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 de vieillesse relevant du régime général de l'assurance sociale, le requérant demande que les éléments suivants soient retenus comme assiette de calcul de la prestation:
<p>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 (*).</p> <p>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 (*).</p> <p>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'affiliation en Pologne au cours des vingt années civiles précédant immédiatement l'année d'introduction de la demande.</p> <p>Assiette de calcul du montant de la pension ou de la rente de vieillesse ou d'incapacité de travail perçue précédemment.</p> <p>Assiette de calcul du montant de la pension ou de la rente de vieillesse acceptée pour l'établissement de la prestation de préretraite.</p>	

3. 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:

4. Le demandeur est-il toujours actif?

Oui Non

Dans l'affirmative, préciser la date de cessation du travail:

5. Pour établir le montant de la pension ou de la rente de vieillesse 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):

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

.....

7. Pour permettre la réévaluation du montant de la pension ou de la rente relevant du régime applicable à la police en raison de la reprise du travail du demandeur dans la police, les services de sûreté de l'État, l'agence de sécurité intérieure, les services de renseignement extérieur, les services de surveillance des frontières, les services de sécurité du gouvernement, le corps national des sapeurs pompiers ou l'administration pénitentiaire, où le demandeur a travaillé de façon permanente durant au moins douze mois, ce dernier demande:

le maintien de l'assiette actuelle de calcul du montant de la pension ou de la rente de vieillesse.

la prise en considération de la rémunération du dernier poste occupé (à compter du mois de la radiation des cadres) comme assiette de calcul du montant de la pension ou de la rente de vieillesse.

8. Pour permettre l'instruction de la demande de pension ou de rente relevant du régime applicable à la police, 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.

9. Pour bénéficiaire d'une pension ou d'une rente 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:

.....

Le demandeur déclare bénéficiaire d'une rémunération ou d'une prestation en espèces analogue perçue après la date de radiation des cadres:

Oui

Non

Dans l'affirmative, préciser pour quelle période (du – au/jour, mois, année):

.....

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 TCHÈQUES

Pour les besoins des institutions tchèques, remplir le tableau suivant pour les enfants visés à la rubrique 12.1:

Prénom et nom de famille de l'enfant	Jour, mois et année de naissance de l'enfant	Prénom et nom de famille du père	Prénom et nom de famille de la mère	Période consacrée à l'éducation de l'enfant (du... au...)	Si l'enfant est ou a été confié à la garde d'une autre personne ou institution, en indiquer les coordonnées et la période concernée (du... au...)

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 rengagé volontaire |
3. Garde d'enfants ou de personnes handicapées à domicile en Lituanie (à remplir uniquement si cette garde a débuté avant le 1^{er} 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 BELGES

1. Le conjoint décédé a-t-il étudié en Belgique l'année de son vingtième anniversaire ou les années suivantes?

Oui

Non

Dans l'affirmative, période d'études: du au.....

2. À remplir par les personnes mariées plus d'une fois:

1^{er} mariage: Date: Date de la séparation (*):

 Dissolution: date du divorce: Date du décès du conjoint:

 Conjoint: NOM DE FAMILLE, prénom:

 Date de naissance: Nationalité:

2^e mariage: Date: Date de la séparation (*):

 Dissolution: date du divorce: Date du décès du conjoint:

 Conjoint: NOM DE FAMILLE, prénom:

 Date de naissance: Nationalité:

3^e mariage: Date: Date de la séparation (*):

 Dissolution: date du divorce: Date du décès du conjoint:

 Conjoint: NOM DE FAMILLE, prénom:

 Date de naissance: Nationalité:

3. À remplir par les personnes actuellement veuves ou divorcées:

1^{er} mariage: le conjoint antérieur ou le conjoint décédé exerçait-il une activité professionnelle rémunérée en Belgique?

Oui

Non

Dans l'affirmative, relevait-il du régime des

travailleurs non salariés?

travailleurs salariés?

fonctionnaires?

2^e mariage: le conjoint antérieur ou le conjoint décédé exerçait-il une activité professionnelle rémunérée en Belgique?

Oui

Non

Dans l'affirmative, relevait-il du régime des

travailleurs non salariés?

travailleurs salariés?

___ fonctionnaires?

3^e mariage: le conjoint antérieur ou le conjoint décédé exerçait-il une activité professionnelle rémunérée en Belgique?

Oui

Non

Dans l'affirmative, relevait-il du régime des

travailleurs non salariés?

travailleurs salariés?

fonctionnaires?

(*) La date de la séparation est celle à compter de laquelle les conjoints ne sont plus domiciliés à la même adresse.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉS AUX INSTITUTIONS LETTONES

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

Personnes présentant un handicap permanent (préciser la durée de la période de handicap)

Nains

Personnes ayant été actives dans des conditions de travail reconnues comme dangereuses ou de nature particulièrement ardue

Personnes ayant participé aux mesures destinées à corriger les conséquences de l'accident survenu à la centrale nucléaire de Tchernobyl ou ayant été évacuées des zones affectées par les radiations

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 engagé

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.