

E 404

CH

(1)

CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 73; article 74; article 77; article 78  
Règlement (CEE) n° 574/72: article 86; article 88; article 90; article 91; article 92

A. Demande de certificat

À remplir par l'institution compétente pour l'octroi des prestations familiales.

1.	Requérant les prestations familiales			
	<input type="checkbox"/>	Travailleur salarié	<input type="checkbox"/>	Titulaire de pension (régime salariés)
	<input type="checkbox"/>	Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/>	Titulaire de pension (régime non salariés)
	<input type="checkbox"/>	Personne qui les réclame à un autre titre	<input type="checkbox"/>	Orphelin
1.1. Nom <sup>(1 bis)</sup> .....				
1.2. Prénoms		Noms antérieurs <sup>(1 bis)</sup>		Lieu de naissance <sup>(2)</sup>
1.3. Date de naissance		Sexe	Nationalité	Numéro d'assurance ou d'identification <sup>(3)</sup>
1.4. Adresse <sup>(4)</sup> .....				

2.	Personne qui fait l'objet du certificat médical			
2.1. Nom <sup>(1 bis)</sup> .....				
2.2. Prénoms		Noms antérieurs <sup>(1 bis)</sup>		
2.3. Lieu de naissance <sup>(2)</sup>		Date de naissance	Sexe	Numéro d'assurance ou d'identification <sup>(3)</sup>
2.4. Adresse <sup>(4)</sup> .....				

3.	Institution compétente pour l'octroi des prestations familiales			
3.1. Nom .....				
3.2. Adresse <sup>(4)</sup> .....				
3.3. Numéro de référence du dossier .....				
3.4. Cachet				
3.5. Date				
3.6. Signature				

**B. Certificat**

À remplir par le médecin désigné par l'organisme de liaison <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup> du pays de résidence de la personne examinée et à adresser à l'institution mentionnée au cadre 3.

4.

4.1. a) Les facultés physiques ou mentales de la personne examinée  sont diminuées  ne sont pas diminuées  
Dans l'affirmative, pourcentage de diminution ..... %

b) La personne examinée  est capable de gagner sa vie  
 est incapable de gagner sa vie et de poursuivre sa formation professionnelle par l'étude en raison de sa déficience physique ou mentale

c) La personne examinée  est  n'est pas ménagère  
Dans l'affirmative  elle est  elle n'est pas en état de tenir son ménage

d) Observations éventuelles  
.....  
.....  
.....

e) Description de l'état de la personne examinée  
.....  
.....  
.....

4.2. Date de début de l'infirmité ou de la maladie (de façon aussi précise que possible):  
.....

4.3. Durée probable .....

4.4. a) Un nouvel examen  est nécessaire  n'est pas nécessaire  
b) Dans l'affirmative, date de l'examen .....

5.

5.1. Nom et prénoms du médecin .....

5.2. Adresse <sup>(4)</sup> .....

.....

5.3. Date  
.....

5.4. Signature  
.....

## INSTRUCTIONS

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Ce formulaire est rempli dans la langue du médecin qui établit le certificat.**

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; EL = 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.
  - (1bis) Pour les ressortissants espagnols, indiquer les deux noms à la 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. Pour l'Italie, indiquer le nom de jeune fille.
  - (2) Pour les localités portugaises, indiquer aussi la paroisse et la commune.
  - (3) Si le formulaire est destiné 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 lettone, le numéro d'identité; à une institution du Liechtenstein, le numéro d'assuré AHV; à une institution lituanienne, le numéro d'identification personnel; à une institution hongroise, le numéro TAJ (identification d'assurance sociale); 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 d'identification de sécurité sociale (NISS); à une institution allemande du régime général des pensions, le numéro d'assuré (VSNR); à une institution espagnole, le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), ou la N.I.E. pour les ressortissants étrangers, même si la carte est périmée; à une institution polonaise, les numéros PESEL et NIP; à une institution portugaise, indiquer aussi le numéro d'affilié au régime général des pensions, 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 d'identification personnel (EMŠO); à une institution suisse, le numéro d'assuré AVS/AI (AHV/IV), à une institution italienne, le numéro d'identification fiscale.
  - (4) Rue, numéro, code postal, localité et pays.
  - (5) Ou le médecin de la caisse désignée par l'organisme de liaison.
  - (6) En Slovénie, il s'agit du médecin de son choix.
-