

VERKLARING BETREFFENDE HET RECHT OP VERSTREKKINGEN WEGENS ZIEKTE EN MOEDERSCHAP
VAN VERZEKERDEN DIE IN EEN ANDER DAN HET BEVOEGDE LAND WONEN

Werknemers, zelfstandigen en inwonende gezinsleden; gezinsleden van werklozen

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 19.1.a; artikel 19.2; artikel 25.3.i
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 17.1 en 17.4; artikel 27, eerste zin

Het bevoegde orgaan vult deel A van het formulier in en reikt twee exemplaren daarvan uit aan de verzekerde of zendt deze (eventueel via het verbindingsorgaan) toe aan het orgaan van de woonplaats indien dit het formulier heeft aangevraagd. Dit orgaan vult deel B van het formulier in zodra het de bedoelde exemplaren heeft ontvangen en zendt één exemplaar aan het bevoegde orgaan terug.

Dit formulier, bestaande uit 4 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

A. Kennisgeving van het bestaan van het recht

1.	Orgaan van de woonplaats ⁽²⁾
1.1	Naam:
1.2	Identificatienummer van het orgaan:
1.3	Adres:
1.4	Betreft: uw formulier E 107 van

2.	De verzekerde
2.1	Familienaam/-namen ⁽³⁾ :
2.2	Voornaam/-namen ⁽⁴⁾ : Geboortedatum:
2.3	Vroeger gevoerde naam/namen:
2.4	Adres in het land van de woonplaats:
2.5	Persoonlijk identificatienummer:
2.6	De verzekerde <input type="checkbox"/> is een werknemer.
2.7	De verzekerde <input type="checkbox"/> is een zelfstandige.
2.8	De verzekerde <input type="checkbox"/> is een grensarbeider (werknemer).
2.9	De verzekerde <input type="checkbox"/> is een grensarbeider (zelfstandige).
2.10	De verzekerde <input type="checkbox"/> is een werkloze.

3.	Gezinslid ⁽⁵⁾
3.1	Familienaam/-namen ⁽³⁾ :
3.2	Voornaam/-namen ⁽⁴⁾ : Geboortedatum:
3.3	Vroeger gevoerde naam/namen:
3.4	Adres in het land van de woonplaats:
3.5	Persoonlijk identificatienummer:

- 4.1 Bovengenoemde verzekerde en de inwonende gezinsleden⁽⁶⁾
- 4.2 De gezinsleden⁽⁶⁾ van bovengenoemde werkloze
5. hebben recht op verstrekkingen wegens ziekte en moederschap met ingang van

6. De betrokkenen behouden dit recht

6.1 tot de intrekking van deze verklaring.

6.2 gedurende één jaar na de onder punt 5 aangegeven datum⁽⁷⁾.

6.3 tot en met⁽⁸⁾.

7. Bevoegd orgaan voor de ziekte- en moederschapsverzekering

7.1 Naam:

7.2 Identificatienummer van het orgaan:

7.3 Adres:
.....
.....

7.4 Stempel

7.5 Datum:

7.6 Handtekening:

B. Kennisgeving van inschrijving⁽⁹⁾

8.

8.1 De in vak 2 genoemde verzekerde en zijn gezinsleden

8.2 De gezinsleden van in vak 2 genoemde werkloze

8.3 werden bij ons ingeschreven op

8.4 kunnen niet bij ons worden ingeschreven omdat

9.

9.1	Familienaam/-namen ⁽³⁾	Voornaam/-namen ⁽⁴⁾	Vroeger gevoerde naam/namen	Geboortedatum	Persoonlijk identificatienummer
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Orgaan van de woonplaats

10.1 Naam:

10.2 Identificatienummer van het orgaan:

10.3 Adres:
.....
.....

10.4 Stempel

10.5 Datum:

10.6 Handtekening:

Informatie voor de verzekerde

- a) *Op grond van dit formulier hebben u en uw gezinsleden recht op verstrekkingen in verband met ziekte en moederschap. Indien u werkloos bent, geldt dit formulier niet voor uzelf, maar uitsluitend voor uw gezinsleden die in een andere lidstaat wonen dan die waar u verzekerd bent.*
- b) *De twee exemplaren van het formulier die in uw bezit zijn, dient u zo spoedig mogelijk over te leggen aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van uw woonplaats. Indien u werkloos bent, dienen uw gezinsleden het formulier aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering van hun woonplaats over te leggen.*
- c) *Bedoelde organen van de ziekte- en moederschapsverzekering zijn:*
- in België, het gekozen ziekenfonds;*
 - in de Tsjechische Republiek, de „Zdravotní pojišťovna”, het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*
 - in Denemarken, het gemeentebestuur van de woonplaats;*
 - in Duitsland, de „Krankenkasse” (ziekteverzekeringsfonds) waarvoor de betrokkene heeft gekozen;*
 - in Estland, de „Eesti Haigekassa” (Estlands ziekteverzekeringsfonds);*
 - in Griekenland, als regel het regionaal of plaatselijk kantoor van het Instituut voor sociale verzekeringen (IKA), dat aan de betrokkene een gezondheidsboekje uitreikt; zonder dit boekje worden geen verstrekkingen verleend;*
 - in Spanje, de „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social” (provinciale directie van het nationale instituut voor de sociale zekerheid) van de woonplaats. Indien u verstrekkingen wegens ziekte of moederschap nodig hebt, kunt u zich wenden tot de medische diensten of de ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst. Dit formulier dient tezamen met een fotokopie te worden overgelegd;*
 - in Frankrijk, de „Caisse primaire d’assurance-maladie” (plaatselijk ziekenfonds); bij een positief antwoord op punt 2.5 de „Société de secours minière” (Maatschappij tot bijstand voor de mijnwerkers);*
 - in Ierland, het lokale kantoor van de Health Service Executive;*
 - in Italië, als regel „l’Azienda sanitaria locale” (ASL) (Plaatselijke afdeling van de gezondheidsdienst) waaronder de betrokkene ressorteert; voor zeelieden en het vliegend personeel van de burgerluchtvaart het „Ministero della Sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea” (Ministerie van Volksgezondheid, Gezondheidsdienst voor de koopvaardij en de burgerluchtvaart);*
 - in Cyprus, het „Υπουργείο Υγείας” (Ministerie van Volksgezondheid, 1448 Lefkosia); de aanvrager ontvangt een medische kaart, die nodig is om verstrekkingen te verkrijgen van de medische inrichtingen van de staat;*
 - in Letland, de „Veselibas obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra” (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*
 - in Litouwen, de „Teritorinį ligonių kasa” (regionaal ziekenfonds), ziekenhuizen en kraamklinieken;*
 - in Luxemburg, de „Caisse de maladie des ouvriers” (ziekenfonds voor arbeiders);*
 - in Hongarije, de bevoegde „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár” (lokale ziekenkas);*
 - in Malta, de Entitlement Unit, Ministry of Health, 23, John Street, Valletta;*
 - in Nederland, een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds;*
 - in Oostenrijk, de „Gebietskrankenkasse” waaronder de woonplaats valt;*
 - in Polen, het regionale kantoor van het „Narodowy Fundusz Zdrowia” (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woonplaats*
 - in Portugal, voor het vasteland: het „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social” (Districtcentrum voor solidariteit en sociale zekerheid) in de woonplaats; voor Madeira: het „Centro de Segurança Social da Madeira” (Centrum voor sociale zekerheid) te Funchal; voor de Azoren: het „Centro de Prestações Pecuniárias” (Centrum voor uitkeringen) in de woonplaats;*
 - in Slovenië, het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ)” (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië);*
 - in Slowakije, het “zdravotná poisťovňa” (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft;*
 - in Finland, de plaatselijke dienst van de „Kansaneläkelaitos” (Instituut van de sociale verzekering);*
 - in Zweden, de „Försäkringskassan” (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats;*
 - in het Verenigd Koninkrijk, het Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, of voor Noord-Ierland het Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast, naar gelang van het geval;*
 - in IJsland, het „Tryggingastofnun ríkisins” (Nationaal Instituut voor sociale zekerheid), Reykjavik;*
 - in Liechtenstein, het „Amt für Volkswirtschaft” (Bureau voor de nationale economie), Vaduz;*
 - in Noorwegen, het „lokale trygdekantor” (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*
 - in Zwitserland, de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG” (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn.*
- d) *Dit formulier is geldig met ingang van de in punt 5 genoemde datum en voor de in vak 6 door het aangekruiste vakje aangegeven duur.*
- e) *U of uw gezinsleden moeten de verzekeringsinstelling waaraan u dit formulier hebt afgegeven in kennis te stellen van iedere verandering in uw of hun omstandigheden waardoor het recht op verstrekkingen kan worden gewijzigd (beëindiging of verandering van dienstbetrekking, verandering van uw woon- of verblijfplaats of die van een van uw gezinsleden enz.).*

OPMERKINGEN

- (¹) Code van het land van het orgaan dat het formulier invult: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.
- (²) Alleen invullen indien de verklaring op verzoek van het orgaan van de woonplaats wordt opgesteld.
- (³) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.
- (⁴) Alle voornamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.
- (⁵) Alleen invullen indien het formulier op de gezinsleden van een werkloze betrekking heeft. In dat geval één der gezinsleden vermelden teneinde de registratie van de gezinsleden mogelijk te maken, aangezien de wetgeving van het land van de woonplaats bepaalt welke gezinsleden rechthebbenden zijn.
- (⁶) De wetgeving van het land van de woonplaats bepaalt welke gezinsleden rechthebbenden zijn.
- (⁷) Indien het formulier door een Duits, Frans, Italiaans of Portugees orgaan werd uitgereikt.
- (⁸) Indien het formulier werd uitgereikt door een orgaan van Griekenland, Hongarije of het Verenigd Koninkrijk voor werknemers of voor zelfstandigen.
- (⁹) Indien het formulier wordt afgegeven ter vervanging van een vroeger afgegeven verklaring, is invulling van deel B niet nodig.
-