

**E 202**

**CH**

(1)

provisoire

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

### INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE

Règlement 1408/71 : articles 44 à 50 ; article 77

Règlement 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 qui en transmettra un exemplaire à chacune des institutions par lesquelles le travailleur salarié ou non salarié a été assuré.

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

#### A. Renseignements concernant l'assuré <sup>(4)</sup>

<b>2</b>																
2.1	Nom de famille <sup>(5)</sup> : .....															
2.2	Nom de naissance <sup>(5)</sup> : .....															
2.3	Prénoms <sup>(6)</sup> : .....															
2.4	Noms antérieurs <sup>(7)</sup> : .....															
2.5	Sexe <sup>(8)</sup> : .....															
2.6	Nom et prénoms du père <sup>(9)</sup> : .....															
2.7	Nom et prénoms de la mère <sup>(9)</sup> : .....															
2.8	État civil : <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> célibataire</td> <td><input type="checkbox"/> divorcé <sup>(10)</sup> depuis <sup>(11)</sup> .....</td> <td><input type="checkbox"/> séparé depuis <sup>(11)</sup> .....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> marié depuis <sup>(11)</sup> .....</td> <td><input type="checkbox"/> remarié <sup>(10)</sup> depuis <sup>(11)</sup> .....</td> <td><input type="checkbox"/> veuf depuis <sup>(11)</sup> .....</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> cohabitant depuis <sup>(12) (4)</sup> .....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> divorcé <sup>(10)</sup> depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> séparé depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> marié depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> remarié <sup>(10)</sup> depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> veuf depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> cohabitant depuis <sup>(12) (4)</sup> .....								
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> divorcé <sup>(10)</sup> depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> séparé depuis <sup>(11)</sup> .....														
<input type="checkbox"/> marié depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> remarié <sup>(10)</sup> depuis <sup>(11)</sup> .....	<input type="checkbox"/> veuf depuis <sup>(11)</sup> .....														
<input type="checkbox"/> cohabitant depuis <sup>(12) (4)</sup> .....																
2.9	Code fiscal <sup>(13)</sup> : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Code fiscal du district : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>															
2.10	Code Sofi <sup>(14)</sup> : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>															

<b>3</b>	Nationalité <sup>(15)</sup> : .....	D.N.I. <sup>(16)</sup> : .....
----------	-------------------------------------	--------------------------------

<b>4</b>	Naissance <sup>(17)</sup>
4.1	Date <sup>(17)</sup> : .....
4.2	Localité <sup>(18)</sup> : .....
4.3	Province ou département <sup>(19)</sup> : .....
4.4	Pays <sup>(20)</sup> : .....

(\*\*\*) Cet article n'est pas d'application pour les Pays-Bas.

**5** Adresse et identification bancaire

5.1 Adresse <sup>(3) (21) (22)</sup> .....  
 .....  
 .....  
 5.2 Identification bancaire ou adresse pour le paiement direct <sup>(51)</sup>  
 Nom du bénéficiaire à la banque .....  
 Dénomination de la banque .....  
 Adresse de la banque .....  
 Code bancaire .....  
 Compte bancaire .....

**6**

6.1 Numéro d'immatriculation de l'institution d'instruction .....  
 6.2 Référence du dossier de l'institution d'instruction .....

**7**

7.1 ☐ L'assuré exerce encore une activité professionnelle ☐ salariée ☐ non salariée  
☐ entraînant l'affiliation obligatoire à l'assurance pension <sup>(23)</sup>  
 7.2 ☐ L'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle ☐ salariée ☐ non salariée  
 depuis le .....  
 7.3 ☐ L'assuré entend cesser d'exercer une activité ☐ salariée ☐ non salariée  
 le .....  
 7.4 ☐ L'assuré entend exercer une activité <sup>(24)</sup>  
☐ salariée ☐ non salariée (en préciser la nature) : .....  
 7.5 Montant ☐ du salaire ☐ du revenu professionnel ☐ des autres revenus  
 ..... <sup>(25)</sup>  
 7.6 Nature des autres revenus : .....  
 7.7 ☐ Le demandeur déclare n'avoir aucun revenu <sup>(26)</sup>

**8**

8.1	L'assuré	a demandé les prestations suivantes	bénéficie des prestations suivantes
8.2	continuation du paiement du salaire en cas de maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	indemnités en cas de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	pension d'invalidité <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	pension de vieillesse <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	pension de survivant <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	rente d'accident de la route (assurance obligatoire) <sup>(28)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	prestations de chômage ou de préretraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11	prestations familiales <sup>(29)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12	remboursement de cotisations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13	transfert de cotisations <sup>(30)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14	autres prestations (à préciser)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8.15	Institutions débitrices des prestations visées aux points 8.3. à 8.11 [dénomination, adresse <sup>(3)</sup> ] :		
	ad 8....	.....	
	ad 8....	.....	
	ad 8....	.....	
	ad 8....	.....	

8.16 Renseignements complémentaires concernant les prestations visées aux points 8.3 à 8.10.

<i>Prestations</i>	<i>Numéro de référence</i>	<i>Période ou date d'effet</i>	<i>Montant</i>
8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel .....
ad 8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel .....
ad 8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel .....
ad 8 .....	.....	.....	<input type="checkbox"/> journalier <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel .....

8.17 Sont considérées comme avance sur la pension demandée :

☐ les indemnités de l'assurance maladie, pour incapacité de travail

☐ les prestations de chômage

☐ .....

8.18 L'assuré a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie sous la législation appliquée par l'institution d'instruction

☐ oui

☐ non

☐ non encore établi

8.19 La prestation visée au point 8.6 ou 8.7 résulte <sup>(31)</sup> :

☐ des périodes d'assurance accomplies par le demandeur : voir E 205.

☐ des périodes d'assurance accomplies par son (ex-)conjoint : 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 en cause, la pension calculée par l'institution d'instruction peut être réduite
- ☐ oui ☐ non ☐ non encore établi
- 9.2 La pension calculée par l'institution d'instruction peut être réduite
- ☐ oui ☐ non ☐ non encore établi
- en raison de la prise en compte d'une ou plusieurs prestations visées au point 8
- 8 ..... 8 ..... 8 ..... 8 .....
- en raison d'un revenu autre que les prestations visées au point 8
- ☐ revenu d'une activité salariée/non salariée
- ☐ autre revenu ..... (32)
- 9.3 L'institution en cause est priée de préciser le montant de la pension qui résulte d'une assurance volontaire (point 6.7 du formulaire E 210)
- ☐ oui ☐ non
- 9.4 La prestation due par l'institution d'instruction résulte (en tout ou partie) d'une assurance volontaire
- ☐ oui ☐ non

**10** Renseignements à fournir pour les besoins des institutions danoises (10.1, 10.2 et 10.3), allemandes, grecques, espagnoles, autrichiennes (10.1 et 10.2), françaises (10.1, 10.2 et 10.4), islandaises (10.2 et 10.3), portugaises, finlandaises et norvégiennes

- 10.1 Le demandeur <sup>(33)</sup> ☐ se déclare inapte au travail (voir le rapport médical joint)
- ☐ se déclare apte au travail
- 10.2 Le demandeur <sup>(33) (34)</sup> ☐ déclare avoir besoin de l'assistance 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'assistance 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 un accident qui l'empêche d'accomplir encore seul les actes ordinaires de la vie quotidienne ou lui impose un effort financier à long terme <sup>(28)</sup>
- 10.3 Le demandeur <sup>(33)</sup> ☐ déclare n'avoir pas suffisamment de moyens d'existence
- 10.4 L'institution d'instruction accorde une prestation complémentaire dans la mesure où le demandeur n'est plus à même d'accomplir encore seul les actes ordinaires de la vie
- ☐ oui ☐ non ☐ non encore établi
- Le demandeur bénéficie d'une prestation complémentaire à celle du point 8 ....., dans la mesure où il n'est plus à même d'accomplir encore seul les actes ordinaires de la vie
- La prestation complémentaire du demandeur peut être réduite dans la mesure où il bénéficie d'une telle prestation d'une autre institution en cause
- ☐ oui ☐ non ☐ non encore établi

**B. Renseignements concernant les membres de la famille de l'assuré <sup>(4)</sup>**

<b>11</b>	<input type="checkbox"/> Conjoint <sup>(49)</sup>	<input type="checkbox"/> Partenaire cohabitant <sup>(12) (35)</sup>
-----------	---	---

11.1 Nom <sup>(5)</sup> .....

11.2 Prénoms <sup>(6)</sup> ..... Noms antérieurs <sup>(7)</sup> .....

11.3 Date de naissance : ..... Lieu de naissance <sup>(18)</sup> : .....

11.4 Nationalité : .....

11.5 Adresse <sup>(3)</sup> : .....  
.....  
.....

11.6 Code Sofi <sup>(14)</sup> : .....

11.7 Date de mariage/cohabitation : .....

11.8 Le conjoint/partenaire ☐ exerce ☐ n'exerce pas une activité professionnelle

11.9 Dans l'affirmative, montant de ses revenus :  
☐ par semaine <sup>(36)</sup> : ..... ☐ par an <sup>(37)</sup> : .....

11.10 Le conjoint/partenaire, âgé de 60 à 65 ans, se déclare  
☐ apte ☐ inapte au travail <sup>(33)</sup>

11.11 Le conjoint/partenaire  
☐ a déposé une demande de pension ou de rente de régime  
☐ salariés  
☐ est titulaire d'une pension ou d'une rente du régime ☐ non salariés  
☐ tous résidents  
☐ n'est pas titulaire de pension ou de rente

Dans l'affirmative

11.12 nature de la pension ou de la rente <sup>(38)</sup> : .....

11.13 numéro de la pension ou de la rente <sup>(16)</sup> : .....

11.14 institution débitrice : .....

11.15 montant ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ annuel .....

11.16 Le conjoint/partenaire ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas d'autres prestations <sup>(39)</sup>  
☐ chômage ☐ maladie ☐ invalidité ☐ autres

11.17 Date d'effet : .....

11.18 Montant ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ annuel .....

11.19 Autres ressources connues : ..... Nature : .....  
.....  
..... Montant <sup>(40)</sup> : .....

11.20 La prestation visée au point 11.11 résulte <sup>(31)</sup> :  
☐ des périodes d'assurance accomplies par le demandeur : voir E 205  
☐ des périodes d'assurance accomplies par son (ex-)conjoint : voir E 205

**12** Enfants <sup>(50)</sup>

12.1	Nom <sup>(5)</sup>	Prénoms	Lieu et date de naissance, mariage ou décès <sup>(41)</sup>	Lien de parenté (i.e. : enfant légitime, illégitime ou adoptif)
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
12.2	Est compétente pour l'octroi des prestations en vertu de l'article 77 du règlement 1408/71			
	<input type="checkbox"/> l'institution d'instruction			
	<input type="checkbox"/> l'institution désignée ci-après : .....			
12.3	L'institution d'instruction			
	<input type="checkbox"/> pour les enfants indiqués aux lignes n <sup>os</sup> ..... de la rubrique 12.1, accorde des prestations jusqu'au ..... compris.			
	Montant de la majoration et des allocations familiales par enfant ..... <sup>(42)</sup>			
	.....			
	<input type="checkbox"/> n'accorde pas de prestations pour les enfants indiqués aux lignes n <sup>os</sup> ..... de la rubrique 12.1 <sup>(43)</sup>			
	<input type="checkbox"/> n'a pas encore pris de décision en ce qui concerne le droit aux prestations			
12.4	Adresse <sup>(3) (44)</sup> : .....			
	.....			
	.....			
12.5	Observations <sup>(45) (46)</sup> : .....			
	.....			

**C. Renseignements divers**

<b>13</b>	<input type="checkbox"/> Date d'introduction de la présente demande : .....
	<input type="checkbox"/> Date d'effet de la pension ou de la rente choisie par le demandeur : .....
	.....
	<input type="checkbox"/> Date d'effet de la pension ou de la rente dans le pays de l'institution d'instruction : .....
	.....
	Le requérant a demandé le paiement <sup>(47)</sup>
	<input type="checkbox"/> dans le pays de résidence
	<input type="checkbox"/> à un représentant dans le pays d'origine
	Renseignements complémentaires pour les besoins des institutions finlandaises :
	<input type="checkbox"/> le requérant souhaite se voir notifier la décision
	<input type="checkbox"/> en finnois
	<input type="checkbox"/> en suédois

14	Le requérant	<input type="checkbox"/> a demandé	<input type="checkbox"/> n'a pas demandé
	qu'il soit sursis à la liquidation d'une pension de vieillesse à laquelle il/elle aurait droit		
	Dans l'affirmative, indiquer le pays : .....		

15	<input type="checkbox"/> L'institution d'instruction	<input type="checkbox"/> verse	<input type="checkbox"/> ne verse pas
	des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.1 du règlement 574/72.		
	15.1 Dans la négative, les institutions en cause sont priées de vérifier s'il est possible de verser des prestations à titre provisionnel selon l'article 45.2 du règlement 574/72.		

16	<input type="checkbox"/> Il y a lieu	<input type="checkbox"/> il n'y a pas lieu
	de procéder à des retenues en vue de compensation, conformément à l'article 111 du règlement 574/72.	
	16.1 Les éventuels arriérés de pension	
	<input type="checkbox"/> peuvent	<input type="checkbox"/> ne peuvent pas
	être payés directement au bénéficiaire.	

17

17.1	Formulaires joints	<input type="checkbox"/> E 205	<input type="checkbox"/> E 206	<input type="checkbox"/> E 207 <sup>(48)</sup> <sup>(49)</sup>
17.2	Formulaires demandés	<input type="checkbox"/> E 205	<input type="checkbox"/> E 210	<input type="checkbox"/> Décision <input type="checkbox"/> Arriérés

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

## NOTES

- (\*) Accord EEE sur l'Espace économique européen, Annexe VI, sécurité sociale : aux fins de cet accord, le présent formulaire est valable également pour l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. Ce formulaire n'est toutefois pas valable pour les relations entre les États membres de la Communauté européenne, d'une part, et l'Islande, la Norvège ou le Liechtenstein, d'autre part, lorsqu'il s'agit d'un ressortissant suisse.
- (\*\*) Accord entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, Annexe II, Coordination des systèmes de sécurité sociale: aux fins de cet accord, le présent formulaire est valable également pour la Suisse. Ce formulaire n'est toutefois pas valable pour les relations entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne, lorsqu'il s'agit d'un ressortissant de l'Islande, de la Norvège ou du Liechtenstein.
- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire : B = Belgique ; DK = Danemark ; D = Allemagne ; GR = Grèce ; E = Espagne ; F = France ; IRL = Irlande ; I = Italie ; L = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; A = Autriche ; P = Portugal ; FIN = Finlande ; S = Suède ; GB = Royaume-Uni ; IS = Islande ; FL = Liechtenstein ; N = Norvège ; CH = Suisse.
- (2) Si le formulaire est destiné à une institution danoise, indiquer le numéro CPR, à une institution finlandaise, le numéro du registre finlandais de la population, à une institution suédoise, le numéro personnel suédois, à une institution islandaise, le numéro d'identification islandais (Kennitala), à une institution du Liechtenstein, le numéro d'immatriculation AHV, à une institution norvégienne, le numéro d'identification norvégien (fødselsnummer) et à une institution suisse, le numéro d'assuré suisse AVS/AI (AHV/IV) du requérant.
- (3) Rue, numéro, code postal, localité, pays, numéro de téléphone.
- (4) Pour les besoins des institutions norvégiennes, remplir aussi le formulaire E 202/intercalaire 3. Pour les besoins des institutions suisses, remplir aussi le formulaire E 202/intercalaire 4.
- (5) - Le nom de famille comporte l'indication du nom usuel ou du nom acquis par le mariage. Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de famille, le nom du conjoint actuel ou du dernier conjoint.
- Le « nom » de naissance doit toujours être indiqué ; dans le cas où il est identique au nom de famille, porter éventuellement la mention «idem». Si le formulaire est rempli par une institution néerlandaise et si l'assuré ou l'ayant droit est une femme mariée ou qui a été mariée, indiquer, comme nom de naissance, le nom de jeune fille.
- Les expressions «dit» et « alias », et les particules doivent apparaître dans leur intégralité et dans l'ordre de l'état civil.
- 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) M = masculin ; F = féminin.
- (9) Information nécessaire lorsque le travailleur est un ressortissant espagnol ou un ressortissant français qui n'est pas né sur le territoire métropolitain français.
- (10) À remplir dans la mesure du possible pour les besoins des institutions allemandes, belges, françaises, italiennes, luxembourgeoises, néerlandaises, autrichiennes, du Liechtenstein ou norvégiennes. Si le renseignement ne peut être obtenu auprès de l'institution d'instruction, l'institution compétente s'adressera directement à l'intéressé.
- (11) Pour les besoins des institutions belges, du Royaume-Uni et du Liechtenstein, préciser aussi la date à côté de la case correspondante.
- (12) Pour les besoins des institutions néerlandaises, finlandaises, islandaises et norvégiennes, cette information est basée sur une déclaration de l'intéressé.
- Conformément à la législation néerlandaise sur l'assurance vieillesse généralisée, les personnes suivantes sont également considérées comme « mariées », ou « conjoints » : les personnes non mariées de même sexe ou de sexe différent qui vivent sous le même toit de façon permanente, sauf si elles sont parentes par le sang au premier ou au deuxième degré. «Vivre sous le même toit » signifie que deux personnes non mariées partagent les charges du logement, chacune contribuant directement aux frais d'entretien ou y participant d'une autre manière.
- (13) À remplir uniquement si le formulaire est destiné à une institution portugaise.
- (14) À remplir dans la mesure du possible pour les besoins des institutions néerlandaises.
- (15) Le cas échéant, indiquer la date de naturalisation.
- (16) Pour les ressortissants espagnols, indiquer le numéro figurant sur la carte d'identité nationale (D.N.I.), s'il existe, même si celle-ci est périmée. À défaut, indiquer « néant ».
- (17) Le jour et le mois sont chacun exprimés par deux chiffres, l'année par quatre chiffres (par exemple : le 1<sup>er</sup> 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, et pour les villes néerlandaises, le nom de la municipalité.
- (19) Renseignements obligatoires 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.
- (20) Sigle du pays de naissance de l'assuré codifié selon le code international des véhicules automobiles.
- (21) Si le formulaire est adressé à une institution allemande, autrichienne, du Liechtenstein ou de Suisse, indiquer - le cas échéant - l'adresse du représentant légal (conseil judiciaire, tuteur, curateur ...) dans le cadre ci-après :

Adresse <sup>(3)</sup> : .....


.....



- (22) Si le formulaire est adressé à une institution danoise, finlandaise, islandaise ou norvégienne, indiquer la dernière adresse du demandeur dans l'État correspondant dans le cadre ci-après :

Adresse <sup>(3)</sup> : .....

.....

- (23) Pour les besoins des institutions espagnoles.
- (24) À remplir pour les besoins des institutions belges, allemandes, espagnoles, irlandaises, luxembourgeoises, portugaises, autrichiennes et norvégiennes.
- (25) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, françaises, italiennes, luxembourgeoises, autrichiennes, islandaises et norvégiennes (montant annuel) ou grecques et portugaises (montant mensuel). Pour les besoins des institutions italiennes, 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 pour les besoins des institutions italiennes et grecques. 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 en tant qu'indemnité.
- (28) Pour les besoins des institutions finlandaises.
- (29) À remplir pour les besoins des institutions italiennes.
- (30) Pour les besoins des institutions du Liechtenstein.
- (31) À remplir pour les besoins des institutions néerlandaises.
- (32) Indiquer la nature du revenu pris en considération par l'institution d'instruction pour l'application de ses règles de non-cumul.
- (33) Les institutions grecques, espagnoles, françaises et autrichiennes pourront ultérieurement demander un formulaire E 213.
- (34) Pour les besoins des institutions portugaises, remplir aussi le formulaire E 202 /intercalaire 2.
- (35) Pour les besoins des institutions néerlandaises, remplir aussi un formulaire E 205 pour l'(ex-)conjoint/partenaire.
- (36) À remplir aussi pour les besoins des institutions irlandaises, autrichiennes et du Royaume-Uni.
- (37) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, espagnoles, françaises, italiennes, luxembourgeoises, néerlandaises, autrichiennes, islandaises et norvégiennes. Pour les besoins des institutions néerlandaises, à prouver par un justificatif.
- (38) Pour les besoins des institutions espagnoles, françaises, autrichiennes et du Liechtenstein, indiquer la nature du risque (invalidité, vieillesse) et la nature du droit (propre ou dérivé).
- (39) À remplir pour les besoins des institutions belges, danoises, espagnoles, françaises, irlandaises, italiennes, néerlandaises, autrichiennes, du Royaume-Uni, islandaises et norvégiennes.
- (40) À remplir pour les besoins des institutions danoises, espagnoles, néerlandaises, autrichiennes, islandaises, norvégiennes (montant annuel), françaises (montant trimestriel) et italiennes (montant mensuel).
- (41) Marquer la date des symboles suivants: \* naissance,  mariage, † décès.
- (42) À détailler par date d'effet à compter de la prise de cours.
- (43) Pour les besoins des institutions italiennes et norvégiennes, ou à la demande expresse des institutions en cause, remplir aussi le formulaire E 202/intercalaire 1.
- (44) Indiquer l'adresse commune. Si l'un des enfants réside à une adresse différente, l'indiquer dans le cadre ci-après :

Noms et prénoms : .....

Adresse <sup>(3)</sup> : .....

.....

- (45) Pour les besoins des institutions espagnoles, indiquer si les enfants sont à charge de l'assuré et, si l'un d'eux est invalide, s'il bénéficie d'une pension d'invalidité à titre personnel.
- (46) Indiquer si l'enfant est marié, infirme, décédé (date du décès), apprenti ou s'il poursuit des études. Pour les besoins des institutions du Liechtenstein et de Suisse, joindre une attestation du centre d'apprentissage ou d'études pour chaque enfant, de 18 à 25 ans, apprenti ou étudiant.
- (47) À remplir pour les besoins des institutions italiennes et grecques.
- (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 ex-conjoint et conjoint actuel.
- (49) Si le formulaire est adressé à une institution suisse, joindre un formulaire E 207 pour l'assuré, son conjoint, ses éventuels ex-conjoints ou conjoints décédés, même si ces personnes n'ont pas exercé une activité lucrative en Suisse.
- (50) Pour les besoins des institutions suisses, indiquer tous les enfants de l'assuré, même s'ils sont majeurs ou décédés.
- (51) Pour les besoins des institutions suisses, ajouter un relevé d'identité bancaire ou postal ou un document indiquant les coordonnées bancaires ou postales pour le paiement électronique des prestations.

**CADRE 12 « ENFANTS »  
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

(À remplir pour chacun des enfants)

- 1 ☐ L'enfant visé à la ligne n° ..... de la rubrique 12.1  
☐ exerce une activité professionnelle ☐ n'exerce pas d'activité professionnelle
- 1.1 Dans l'affirmative, indiquer :  
 Nature de l'occupation (salariée ou non salariée) : .....  
 Montant des revenus <sup>(1)</sup> par ☐ semaine ☐ mois ☐ année .....
- 2 L'enfant visé à la ligne n° ..... de la rubrique 12.1  
☐ a d'autres revenus ☐ n'a pas d'autres revenus
- 2.1 Dans l'affirmative, indiquer :  
 - Nature des autres revenus :  
☐ Prestations de sécurité sociale  
 Montant par ☐ semaine ☐ mois ☐ année .....  
☐ Autres revenus <sup>(2)</sup>  
 Montant par ☐ semaine ☐ mois ☐ année .....
3. Pour l'enfant visé à la ligne n° ..... à la rubrique 12.1, la rubrique suivante :  
 (nom, prénoms) .....  
 (adresse) .....  
 .....  
 a droit à des prestations ou allocations familiales en vertu de l'exercice d'une activité professionnelle  
 (article 79 paragraphe 3 du règlement (CEE) n° 1408/71)  
 Montant .....  
 À partir de .....
- 3.1 Ces prestations ou allocations sont dues par les institutions suivantes :  
 (dénomination) .....  
 (adresse) .....  
 .....  
 (dénomination) .....  
 (adresse) .....  
 .....
4. L'enfant visé à la ligne n° ..... de la rubrique 12.1 est inapte au travail. Un formulaire E 404 est joint.

(1) À l'exception des indemnités de licenciement, des prestations familiales, des arriérés de salaires, des rentes viagères d'accident du travail ou de maladies professionnelles, des pensions de guerre ou de mutilé du service militaire, des allocations pour l'aide d'une tierce personne et des frais de déplacement.

(2) Revenus de loyers à bail et de gérances ou du capital (comptes de virement d'épargne, effets publics, fonds d'investissement, actions, valeurs à revenu fixe, etc.).

**CADRE 10.2**  
**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS PORTUGAISES**

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

1. Identification de la tierce personne

1.1 Nom : .....

Prénoms : .....

1.2 Adresse (rue, numéro, code postal, localité, pays) : .....

.....

2. Information de l'institution d'instruction

2.1 ☐ Nous avons constaté que la personne susmentionnée est la personne qui aide effectivement le requérant à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne (soins d'hygiène personnelle, nourriture, locomotion, etc.)

2.2 ☐ L'aide effective de la tierce personne susmentionnée au requérant n'a pas été constatée

3. Le fait d'avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne correspond-il à un état du requérant résultant de l'action d'un tiers responsable ?

☐ 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 POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS NORVÉGIENNES

1.	L'assuré	a demandé les prestations suivantes	bénéficie des prestations suivantes
1.1	Allocation couvrant les dépenses supplémentaires dues à la maladie permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Allocation d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le conjoint de l'assuré		
	<input type="checkbox"/> a demandé la pension de non actif		
	<input type="checkbox"/> bénéficie de la pension de non actif		
	<input type="checkbox"/> ne perçoit pas de pension de non actif		
3.	Enfants		
3.1	Tous les enfants sont-ils à charge de l'assuré		
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Dans la négative, indiquer le nom de ceux qui ne le sont pas et le montant de leurs revenus annuels .....		
	.....		
3.2	Si les parents sont mariés :		
	tous les enfants vivent-ils avec eux ?		
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Dans la négative, indiquer le nom des enfants concernés		
	.....		
	.....		
3.3	Si les parents ne sont pas mariés :		
	tous les enfants vivent-ils avec eux ?		
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Dans l'affirmative, indiquer pour l'autre parent :		
	Nom : .....		
	Date de naissance : .....		
	Revenus annuels (de toute nature, à préciser) : .....		
	.....		
	Nom de l'enfant ou des enfants concernés : .....		
	.....		
	.....		
4	Partenaire cohabitant		
4.1	L'assuré a-t-il été marié au partenaire cohabitant ?		
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
4.2	L'assuré a-t-il eu des enfants du partenaire cohabitant ?		
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES POUR LES BESOINS DES INSTITUTIONS SUISSES**

1. L'assuré désire-t-il anticiper le droit à la rente ? ☐ oui ☐ non

Si oui, il désire anticiper la rente de ☐ 1 année  
☐ 2 années

- L'assuré désire-t-il ajourner le paiement de la rente? ☐ oui ☐ non

2. A remplir si l'assuré(e) est veuf/veuve ou s'il a contracté plus d'un mariage.

1<sup>er</sup> mariage : célébré le..... dissous le..... \*(veuvage/divorce)

2<sup>ème</sup> mariage : célébré le..... dissous le..... \*(veuvage/divorce)

3<sup>ème</sup> mariage : célébré le..... dissous le..... \*(veuvage/divorce)

\* Souligner ou cocher la bonne cause

3. A remplir pour des enfants issus d'un mariage dissous par divorce

Autorité parentale

☐ au père

☐ à la mère

☐ conjointe