ADMINISTRATIEVE COMMISSIE
VOOR DE SOCIALE ZEKERHEID VAN
MIGRERENDE WERKNEMERS

E 112 [ ] (1)

VERKLARING BETREFFENDE HET BEHOUD VAN HET RECHT OP LOPENDE VERSTREKKINGEN VAN DE ZIEKTE- EN MOEDERSCHAPSVERZEKERING

Verordening (EEG) nr. 1408/71: artikel 22.1.b.i; artikel 22.1.c.i; artikel 22.3; artikel 22 bis; artikel 31
Verordening (EEG) nr. 574/72: artikel 22.1 en 22.3; artikel 23; artikel 31.1 en 31.3

Het bevoegde orgaan of het orgaan van de woonplaats van de verzekerde reikt dit formulier uit aan de verzekerde of de pensioengerechtigde, dan wel het gezinslid van de pensioengerechtigde. Indien de verzekerde of de pensioengerechtigde zich naar het Verenigd Koninkrijk begeeft dient een exemplaar van het formulier eveneens te worden gezonden aan het Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

Dit formulier, bestaande uit 2 bladzijden, moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier moet steeds compleet zijn, ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld.

1. ☐ verzekerde ☐ gezinslid van de verzekerde
   ☐ zelfstandige ☐ gezinslid van een zelfstandige
   ☐ pensioengerechtigde (werknemer) ☐ gezinslid van een pensioengerechtigde (werknemer)
   ☐ pensioengerechtigde (zelfstandige) ☐ gezinslid van een pensioengerechtigde (zelfstandige)

1.1 Familienaam/-namen (2):
.....

1.2 Voornaam/-namen (3): Geboortedatum:
....

1.3 Vroeger gevoerde naam/namen: .....

1.4 Adres in het bevoegde land:
.....

1.5 Adres in het land waarheen de werknemer of de pensioengerechtigde zich begeeft:
.....
.....

1.6 Persoonlijk identificatienummer (4):

2. Genoemde persoon werd toestemming verleend het recht op verstrekkingen te behouden
   ☐ van de ziekte- en moederschapsverzekering ☐ van de verzekering tegen ongevallen die geen verband houden met de bedrijfsuitoefening (5)
   in ..... (land), waarheen hij zich begeeft om

2.1 ☐ aldaar te gaan wonen.

2.2 ☐ aldaar geneeskundige zorg te ontvangen van (6)
.....
.....
of bij een andere, gelijksoortige inrichting in geval van een voor deze behandeling medisch noodzakelijke overbrenging.

2.3 ☐ biologisch materiaal voor onderzoek te zenden zonder dat de betrokkene zelf aanwezig hoeft te zijn.

3. Op grond van deze verklaring kunnen verstrekkingen worden verleend,
   van ..... tot en met .....

4. Het rapport van onze controlerende geneesheer

4.1 ☐ is in gesloten omslag bijgevoegd.

4.2 ☐ is verzonden op ..... aan (7) .....

4.3 ☐ kan bij ons worden opgevraagd.

4.4 ☐ is niet opgesteld.

5. Bevoegd orgaan

5.1 Naam: .....

5.2 Identificatienummer van het orgaan: .....

5.3 Adres: .....
.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Handtekening:
.....

specimen

Aanwijzingen voor de betrokkene

U moet deze verklaring zo snel mogelijk overleggen aan het orgaan van de ziekte- en moederschapsverzekering in het land waarheen u zich begeeft, dat wil zeggen:

in **België**, *het gekozen ziekenfonds;*
in de **Tsjechische Republiek**, *het „Zdravotní pojišťovna", het ziekteverzekeringsfonds in de woonplaats;*
in **Denemarken**, *de zorgverstrekker, gewoonlijk de huisarts, die u naar een specialist zal verwijzen;*
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 medische diensten of de ziekenhuizen van de Spaanse Nationale Gezondheidsdienst die onder de Spaanse sociale verzekering vallen. Dit formulier dient tezamen met een fotokopie te worden overgelegd;*
in **Frankrijk**, *de „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Plaatselijke 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;*
in **Cyprus**, *het „Υπουργείο Υγείας" (Ministerie van Volksgezondheid,1448 Lefkosia);*
in **Letland**, *de „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Bureau van de verplichte nationale ziekteverzekering);*
in **Litouwen**, *de „Teritorinỹ ligoniỹ kasa"* (regionaal ziekenfonds), *ziekenhuizen en kraamklinieken;*
in **Luxemburg**, *de „Caisse de maladie des ouvriers" (ziekenfonds voor arbeiders);*
in **Hongarije**, *de zorgverstrekker;*
in **Malta**, *het onderdeel van de National Health Service establishment (arts, tandarts, ziekenhuis, gezondheidscentrum) dat de behandeling verricht;*
in **Nederland**, *een voor de woonplaats bevoegd ziekenfonds, of bij tijdelijk verblijf de „Agis zorgverzekeringen", Utrecht;*
in **Oostenrijk**, *de „Gebietskrankenkasse" waaronder de woonplaats valt;*
in **Polen**, *het regionale kantoor van het „Narodowy Funsdusz Zdrowia" (Nationale Gezondheidsfonds) dat bevoegd is voor de woon- of verblijfplaats;*
in **Portugal**, *voor* **het vasteland**: *de „Administração Regional de Saúde" (Regionale Gezondheidsadministratie) van de woon- of verblijfplaats;* **voor Madeira**: *het „Centro de Saúde" (Gezondheidscentrum) ven de verblijfplaats;* **voor de Azoren**: *het „Centro de Saúde" (Gezondheidscentrum) van de verblijfplaats;*
in **Slovenië**, *de regionale eenheid van het „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Ziekteverzekeringsinstituut van Slovenië) van de woon- of verblijfplaats;*
in **Slowakije**, *het „zdravotná poisťovňa" (ziekteverzekeringsmaatschappij) waarvoor de verzekerde gekozen heeft. Voor uitkeringen, het „Sociálna poisťovňa" (Bureau Sociale Verzekering), Bratislava;*
in **Finland**, *de plaatselijke dienst van de „Kansaneläkelaitos" (Instituut van de sociale verzekering). Het formulier moet worden overgelegd aan het gemeentelijke gezondheidscentrum of het openbare ziekenhuis dat de behandeling verricht;*
in **Zweden**, *de „Försäkringskassan" (Lokaal Bureau voor sociale verzekering) in de woonplaats. Het formulier moet worden overgelegd aan de instelling die de behandeling verricht;*
in het **Verenigd Koninkrijk**, *de medische dienstverlener (arts, tandarts, ziekenhuis, enz.) die de behandeling verricht;*
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 trygdekontor" (verzekeringskantoor) in de woonplaats;*
in **Zwitserland**, *de „Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" (Gezamenlijke instelling onder de Federale Wet Ziekteverzekering), Solothurn. Het formulier moet worden overgelegd aan de arts of het ziekenhuis die of dat de behandeling verricht.*

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) Alle familienamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.
(3) Alle voornamen vermelden in de volgorde van de burgerlijke stand.
(4) Als het gezinslid geen persoonlijk identificatienummer heeft, het nummer van de verzekerde aangeven.
(5) In te vullen door de Franse organen voor zelfstandigen in de landbouw.
(6) Invullen indien mogelijk.
(7) Naam en adres van het orgaan waaraan het medisch rapport is gezonden.

SPECIMEN