

**ATTESTATION DU DROIT D'OPTION POUR LE REGIME UNIQUE  
(assurance vieillesse)**

Période du ..... au .....

*(Art. 47 à 48 § 3 de l'Accord modifié par l'Avenant n° 1 du 7 juillet 2000,  
et art. 90 de l'arrangement administratif général modifié par  
l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000)*

Dossier n° .....

La présente notification est établie en double exemplaire par l'institution d'instruction (institution compétente du pays d'accueil). L'un des exemplaires est adressé à l'intéressé et l'autre exemplaire à l'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom .....

Nom à la naissance .....

Prénoms .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance .....

Sexe : Masculin - Féminin <sup>(1)</sup>

Nationalité : française - gabonaise <sup>(1)</sup>

Adresse .....

.....

Numéro d'immatriculation :

En France : .....

Au Gabon : .....

INSTITUTION COMPETENTE D'ASSURANCE VIEILLESSE  
DU PAYS D'ORIGINE

Dénomination .....

Adresse .....

.....

1) Biffer la mention inutile

L'institution d'instruction, après avoir vérifié que les conditions d'exercice du droit d'option prévu à l'article 47 de l'Accord sont remplies, ACCEPTE la demande d'option pour le régime unique présentée par le travailleur au titre de la période du ..... au .....

Les renseignements concernant les périodes d'assurance ayant donné lieu à option figurent dans le tableau annexe.

Date à laquelle le travailleur salarié a cessé de relever à titre obligatoire du ou d'un régime d'assurance vieillesse du pays d'accueil .....
Date de la demande d'option pour le régime unique effectuée par le travailleur (SE 328-27) .....
Date à laquelle l'option acquiert un caractère définitif .....
Date limite de reversement des cotisations à l'institution du pays d'origine .....

INSTITUTION D'INSTRUCTION

Dénomination .....

Adresse .....

.....

A ....., le .....

Signature du représentant  
de l'institution et cachet

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PERIODES D'ASSURANCE  
AYANT DONNE LIEU A OPTION ET LES COTISATIONS AFFERENTES A CES PERIODES**

Année civile	Périodes d'assurances accomplies	Régime d'affiliation <sup>(1)</sup>	Salaires afférents à ces périodes	Cotisations encaissées à reverser
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

<sup>(1)</sup> A compléter si l'intéressé a été affilié dans le pays d'accueil à plusieurs régimes de sécurité sociale