

**DROIT AUX PRESTATIONS
DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL
(Cas de rechute)**

*(Article 27 de l'Accord ;
Article 59 de l'arrangement administratif général)*

Dossier n°

Le présent formulaire est transmis en trois exemplaires par l'institution du pays de la nouvelle résidence du travailleur à l'institution d'accidents du travail compétent de l'autre pays. L'institution d'accidents du travail, après avoir rempli la partie qui la concerne, adresse un exemplaire du formulaire au travailleur, fait retour d'un autre exemplaire à l'institution du pays de la nouvelle résidence, et conserve le troisième par devers elle.

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

Dénomination :

Adresse :

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION DE LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I – LE TRAVAILLEUR

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : masculin-féminin ⁽¹⁾

Nationalité : française - gabonaise⁽¹⁾

Adresse précise du travailleur :

- dans le pays où est survenu l'accident :

.....

- dans le pays où est survenu le rechute :

.....

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale :

(1) Biffer la mention inutile

II – L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Ou maladie professionnelle

L'accident du travail (ou maladie professionnelle) constaté(e) le

Au service de l'employeur ci-dessous désigné :

Nom ou raison sociale :

Adresse

A DONNE LIEU-N'A PAS DONNE LIEU ⁽¹⁾ à l'attribution d'une rente INITIALE-REVISEE ⁽¹⁾ d'un montant de :

.....

..... FF - CFA ⁽¹⁾

calculée sur un taux de : %

Servie à compter du

Numéro de la rente

Numéro du sinistre ou du dossier

INSTITUTION DU PAYS DE LA NOUVELLE RÉSIDENCE DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée fait connaître que le travailleur en cause est victime d'une RECHUTE de son accident (ou de la maladie professionnelle). Son état de santé nécessite, en conséquence :

- l'octroi de prestations en nature (soins) à compter du
pour une période de moisjours ;

Ces prestations ont été octroyées d'urgence (1).

- le paiement de prestations en espèces (indemnités journalières) à compter du
pour une période de moisjours.

La charge de ces soins incombera à l'institution d'accidents du travail compétente de l'autre pays.

Le dossier médical de l'intéressé(e) est joint au présent formulaire.

A, le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée, après examen, par son contrôle médical, du dossier que lui a transmis l'institution du pays de la nouvelle résidence de l'intéressé

- autorise le travailleur à bénéficier

- refuse au travailleur le bénéfice ⁽¹⁾

des prestations en nature (soins) de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles dans le pays de la nouvelle résidence, pour la durée indiquée ci-dessous ⁽²⁾

Durée mois jours

du au

Le bénéfice des prestations en espèces (indemnités journalières) – est accordé – est refusé ⁽¹⁾ au travailleur pour la durée indiquée ci-dessous :

Durée mois jours

du au

MOTIF DU REFUS :

.....
.....

VOIES DE RECOURS dont dispose le travailleur contre la décision de refus :

.....
.....
.....

DÉLAIS DE RECOURS :

.....
.....

A, le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

(2) Cette autorisation ne peut être refusée lorsque les soins ont été dispensés d'urgence