

PROROGATION DU DROIT AUX PRESTATIONS
DES ASSURANCES MALADIES – MATERNITÉ

(Cas de transfert de résidence du travailleur)

(Articles 16 et 18 de l'Accord ;
Articles 30, 31, 32 et 44 de l'arrangement administratif général)

Dossier n°

N.B.- La présente notification, établie en triple exemplaire, est adressée par l'institution d'affiliation, d'une part au travailleur, d'autre part à l'institution du lieu de la nouvelle résidence de ce dernier. L'institution d'affiliation conserve le troisième exemplaire par devers elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité : française - gabonaise-(1)

Adresse du travailleur

- dans le pays du dernier lieu de travail :

- dans le pays de la nouvelle résidence :

Profession :

Numéro d'immatriculation :

L'INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS DE LA NOUVELLE RÉSIDENCE DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

INFORME l'institution d'affiliation que l'état de santé du travailleur nécessite :

- La prolongation du service des prestations en nature
- De l'assurance maladie – maternité (1)
- Pour une durée de du au
- Le travailleur était muni de l'attestation SE 328.10
- Délivrée le sous le numéro

Ci – joint le dossier médical du travailleur

(1) Biffer la mention inutile

L'INSTITUTION D’AFFILIATION

Dénomination :

Adresse :

INDIQUE que le travailleur désigné ci-dessus

a) a – n’a pas (1) bénéficié des prestations en nature (soins) pour la période du au
au titre de l’assurance maladie – de l’assurance maternité (1)

b) a – n’a pas (1) bénéficié des prestations en espèces (indemnité journalières) pour la période du au(2)

L’INSTITUTION D’AFFILIATION ci-dessus désignée, après examen du dossier que lui a transmis l’institution du pays de la nouvelle résidence de l’intéressé(e) :

ACCORDE-REFUSE (1) la prorogation du droit aux prestations EN NATURE de l’assurance MALADIE-de l’assurance MATERNITE

pour une durée de : du au

ACCORDE-REFUSE (1) la prorogation du droit aux prestations EN ESPECES de l’assurance MATERNITE pour une durée de : du au(2)

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) Concerne seulement le femme salariée bénéficiaire de l’assurance maternité

