

**RAPPORT SUR LA SITUATION  
D'UN PENSIONNÉ D'INVALIDITÉ ASSUR**  
*(Articles 80 et 81 de l'arrangement administratif général)*

Dossier n° .....

Le présent rapport est établi à la suite d'un contrôle administratif effectué soit spontanément, soit à la demande de l'institution débitrice de la pension d'invalidité par l'institution du pays de résidence du pensionné.

**INSTITUTION DU PAYS DE RÉSIDENCE DU PENSIONNÉ**

Dénomination : .....

Adresse : .....

**INSTITUTION DEBITRICE DE LA PENSION D'INVALIDITÉ**

Dénomination : .....

Adresse : .....

L'institution ci-dessus désignée demande à l'institution du pays de résidence de faire procéder à un contrôle administratif du pensionné.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PENSIONNÉ**

Nom : .....

Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Sexe : masculin-féminin <sup>(1)</sup>

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

Adresse précise du travailleur dans le pays de résidence : .....

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : .....

- en France : .....

- au Gabon : .....

Profession exercée avant l'incapacité de travail suivie d'invalidité : .....

Titulaire de la pension d'invalidité :

Numéro : ..... Catégorie : .....

Versée depuis le : .....

Signature du représentant de l'institution  
débitrice de la pension d'invalidité et cachet :

**INSTITUTION DEBITRICE DE LA PENSION D'INVALIDITÉ**

Dénomination : .....

Adresse : .....

(1) Biffer la mention inutile

**INSTITUTION DU PAYS DE RÉSIDENCE DU PENSIONNÉ**

Dénomination : .....

Adresse : .....

L'institution désignée ci-dessus, après avoir fait procéder à un contrôle administratif de la situation de l'intéressé, avise l'institution débitrice de la pension que :

**LE PENSIONNE <sup>(1)</sup>**

- N'A PAS REPRIS une activité professionnelle

- A REPRIS une activité professionnelle, à partir du .....

A. – Si cette activité professionnelle est une ACTIVITÉ SALARIÉE : Nature de l'emploi .....

Montant de la rémunération perçue au cours du trimestre écoulé : par jour - semaine - quinzaine - mois <sup>(1)</sup> :

..... FF ..... CFA

Rémunération normale perçue dans la même région par un travailleur de la même catégorie professionnelle que celle à laquelle appartenait l'intéressé avant de devenir invalide ou inapte (si elle est connue) : par jour - semaine - quinzaine - mois <sup>(1)</sup> :

.....

B. – Si cette activité professionnelle est une ACTIVITÉ INDÉPENDANTE :

Nature de cette activité : .....

Montant du revenu professionnel :

..... FF ..... CFA

Indication de la période correspondant à ce revenu : année - trimestre - mois <sup>(1)</sup>

Rémunération normale perçue dans la même région par un travailleur de la même catégorie professionnelle que celle à laquelle appartenait l'intéressé avant de devenir invalide ou inapte (si elle est connue) : par jour - semaine - quinzaine - mois <sup>(1)</sup> :

.....

Observations : .....

.....

A ....., le .....  
Signature du représentant de l'institution et cachet

(1) Biffer la ou les mentions inutiles