

**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 ⁽¹⁾

Nationalité : française - gabonaise ⁽¹⁾

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 ⁽¹⁾

- 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 ⁽¹⁾ :

..... 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 ⁽¹⁾ :

.....

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 ⁽¹⁾

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 ⁽¹⁾ :

.....

Observations :

.....

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

(1) Biffer la ou les mentions inutiles