

## CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA TUNISIE ET LE LUXEMBOURG

## DEMANDE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

*Articles 15, paragraphe 2, 17, paragraphe 4, et 32, paragraphe 2, de la Convention  
Articles 10 et 27, paragraphe 2, de l'Arrangement administratif*

Ce formulaire est établi par l'institution du lieu de résidence ou de séjour qui le transmet à l'institution compétente.

|                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| <b>Référence du dossier</b> | au Luxembourg : |
|                             | en Tunisie:     |

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| <b>1</b> | Institution compétente destinataire |
| 1.1      | Dénomination.....<br>.....          |
| 1.2      | Adresse.....<br>.....<br>.....      |

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>2</b> | Personne concernée                                                        |
| 2.1      | Nom de naissance ..... Prénom du père (pour les assurés tunisiens) .....  |
| 2.2      | Prénoms .....                                                             |
| 2.3      | Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin |
| 2.4      | Date de naissance: ____ / ____ / ____                                     |
| 2.5      | Nationalité .....                                                         |
| 2.6      | Adresse dans le pays compétent .....<br>.....<br>.....                    |
| 2.7      | Adresse dans le pays de résidence.....<br>.....<br>.....                  |
| 2.8      | N° d'identification au Luxembourg .....                                   |
|          | N° d'immatriculation en Tunisie .....                                     |

3 ☐ Dernier employeur ☐ Dernière activité non salariée

3.1 Nom ou raison sociale .....  
 .....  
 .....  
 3.2 Adresse .....  
 .....  
 .....

A. ☐ Demande de prestations

4 La personne désignée au cadre 2 a demandé en date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ l'octroi de prestations en espèces pour incapacité de travail par suite

- 4.1 ☐ de maladie ☐ d'accident du travail  
☐ d'accident ☐ de maladie professionnelle  
☐ de maternité

4.2 survenu(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4.3 ☐ date présumée de l'accouchement \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4.4 ☐ premier jour de l'incapacité de travail \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4.5 Le certificat du médecin traitant ☐ est joint. ☐ n'a pu être fourni.

5 De l'avis de notre médecin contrôleur ☐ dont le rapport se trouve en annexe

☐ dont le rapport TUN/LUX 13 sera envoyé dans les meilleurs délais

5.1 ☐ l'incapacité a débuté le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ et se prolongera probablement jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5.2 ☐ il n'y a pas d'incapacité de travail (joindre une copie du formulaire TUN/LUX 14 adressé à l'intéressé)

6 ☐ L'intéressé ne s'est pas conformé aux prescriptions de notre législation et en particulier

.....  
 .....

**B. ☐ Prolongation de l'incapacité de travail**

7 Comme suite à

7.1 ☐ notre formulaire TUN/LUX 11 du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7.2 ☐ votre formulaire TUN/LUX 12 du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7.3 Nous avons l'honneur de vous faire savoir que de l'avis de notre médecin contrôleur,

☐ dont vous trouverez le rapport en annexe ☐ dont le rapport sera envoyé dans les meilleurs

la personne désignée au cadre 2 sera probablement incapable de travailler jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

|     |                                               |     |           |
|-----|-----------------------------------------------|-----|-----------|
| 8   | Institution du lieu de résidence ou de séjour |     |           |
| 8.1 | Dénomination.....                             |     |           |
| 8.2 | Adresse.....                                  |     |           |
| 8.3 | Cachet                                        | 8.4 | Date      |
|     |                                               |     | .....     |
|     |                                               | 8.5 | Signature |
|     |                                               |     | .....     |