

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA TUNISIE ET LE LUXEMBOURG

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

Article 32, paragraphe 1, de la Convention
Article 27, paragraphe 1, de l'Arrangement administratif

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en transmet deux exemplaires à l'institution du lieu de séjour ou de résidence. Cette institution remplit la partie B et retourne le formulaire à l'institution qui le lui a adressé. Si le formulaire est établi à la demande de l'intéressé, l'institution qui est tenue de le délivrer remplit la partie B et fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

1	Institution destinataire
1.1	Dénomination.....
1.2	Adresse.....

2	Travailleur
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 de résidence.....
2.7	N° d'identification au Luxembourg
	N° d'immatriculation en Tunisie

3 En raison

3.1 de l'accident du travail survenu le ____ / ____ / _____, entraînant les conséquences suivantes.....

3.2 de la maladie professionnelle ci-dessous indiquée constatée le ____ / ____ / _____

3.3 le travailleur désigné au cadre 2 peut bénéficier des prestations en nature

pour accident du travail pour maladie professionnelle

du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____

3.4 à partir du ____ / ____ / _____ et jusqu'à annulation de la présente attestation.

4 Le rapport du contrôle médical TUN/LUX 13

4.1 est joint sous pli fermé. peut nous être demandé. n'a pas été établi.

4.2 a été envoyé le ____ / ____ / _____ à

5 Institution compétente

5.1 Dénomination.....

5.2 Adresse.....

5.3 Cachet

5.4 Date

.....

5.5 Signature

.....