

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES AYANTS DROIT
DU TRAVAILLEUR OU DU PENSIONNE**

(Soins de santé aux ayants droit du travailleur, du chômeur indemnisé, du préretraité, du demandeur ou titulaire de pension ou de rente résidant habituellement dans l'autre Etat)

*(Articles 12, 16, paragraphe 5, de la Convention -
Article 7, article 12, paragraphe 2 de l'arrangement administratif général)*

L'institution compétente du travailleur, du chômeur indemnisé, du préretraité, du demandeur ou titulaire de pension ou de rente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires à l'intéressé, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence des ayants droit dans l'autre État si l'imprimé est établi à la demande de cette dernière institution.

L'institution de l'État de résidence des ayants droit complète la partie B et fait retour d'un exemplaire à l'institution compétente de l'État d'affiliation. Une copie de cette attestation peut être délivrée sur demande de l'institution du lieu de séjour par l'institution du lieu de résidence. Cette copie peut également être délivrée aux ayants droit.

A - NOTIFICATION DU DROIT

1	INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE (1)
1.1	Dénomination :
1.2	Adresse (2) :

2	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de prestations de chômage <input type="checkbox"/> Demandeur de pension ou de rente <input type="checkbox"/> Préretraité
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (régime des salariés) <input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (régime des non salariés)
2.1	Nom Prénom Nom de naissance
2.2	Date de naissance : Nationalité :
2.3	Adresse (2) :
2.4	Numéro d'immatriculation :
2.5	Numéro de pension :

3	ADRESSE DES AYANTS DROIT DANS L'ETAT DE RESIDENCE
3.1	Adresse (2) :

4 Les ayants droit du travailleur, du bénéficiaire de prestations de chômage, du préretraité, du demandeur ou titulaire de pension ou de rente désigné au cadre 2 ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à moins :

- qu'ils n'y aient déjà droit au titre de la législation de l'État où ils résident,
- qu'ils n'exercent une activité professionnelle.

5 Ce droit est ouvert à la date du

6	ET SUBSISTE
6.2	<input type="checkbox"/> jusqu'au : inclus (valable au maximum un an).

7	INSTITUTION COMPÉTENTE
7.1	Dénomination : Numéro de code (3)
7.2	Adresse (2) :
7.3	Cachet
	7.4 Date :
	7.5 Signature :

B - NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION

8	<input type="checkbox"/> (4) Les ayants droit de la personne mentionnée au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que
8.1	<input type="checkbox"/> aucun des intéressés n'a la qualité d'ayant droit au regard de notre législation
8.2	<input type="checkbox"/> tous les ayants droit ont droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de notre législation,
8.3	<input type="checkbox"/> le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle sur notre territoire,
8.4	<input type="checkbox"/> autres motifs :

9	<input type="checkbox"/> (4) Les ayants droit de la personne mentionnée au cadre 2 ont été inscrits :				
9.1	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec la personne visée au cadre 1	Lieu de naissance
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....

10	INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE				
10.1	Dénomination :		Numéro de code(3).....		
10.2	Adresse (2) :				
10.3	Cachet		10.4	Date	
			10.5	Signature	

INSTRUCTIONS

Ce formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Ce formulaire comporte quatre pages, aucune d'entre elle ne peut être supprimée même si elle ne comporte aucune indication.

Au retour du formulaire, l'institution compétente doit le conserver. L'exemplaire du formulaire remis à la famille permettra, le cas échéant, à l'institution du lieu de séjour de l'État compétent de déterminer si un ayant-droit peut prétendre aux prestations en cas de soins d'immédiate nécessité au cours d'un séjour temporaire dans l'État d'affiliation

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR, LE CHÔMEUR INDEMNISÉ, LE PRÉRETRAITÉ, LE DEMANDEUR OU TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE

Ce document permet aux ayants droit du travailleur, du chômeur indemnisé, du préretraité, du demandeur ou titulaire de pension ou de rente qui ne résident pas avec l'assuré dans l'État compétent de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Ces dispositions ne sont pas applicables si les intéressés bénéficient dans leur État de résidence des prestations de l'assurance maladie maternité au titre d'une activité ou d'un avantage personnel contributif.

Ce formulaire doit être présenté à l'institution du lieu de résidence des ayants droits du travailleur, du chômeur indemnisé, du préretraité, du demandeur ou titulaire de pension ou de rente. Celle ci procédera à l'inscription des intéressés. La détermination de la qualité d'ayant droit sera faite selon la législation de l'État de résidence des ayants droit. Ce document devra être présenté :

- en France, à la caisse primaire d'assurance maladie,
- en Tunisie : à la représentation régionale de la caisse chargée de l'assurance maladie

Tout changement de situation de nature à modifier le droit aux prestations en nature, doit être signalé à l'institution du lieu de résidence.

Les membres de la famille du travailleur, chômeur indemnisé, préretraité, demandeur ou titulaire de pension, qui se rendent en séjour dans l'État d'affiliation pourront, le cas échéant, bénéficier de prestations en nature de l'assurance maladie maternité pour des soins immédiatement nécessaires. Ces prestations seront servies par l'institution du lieu de séjour et elles resteront à la charge de cette institution.

NOTES

- (1) A remplir uniquement lorsque le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (3) A compléter si elle en dispose
- (4) Remplir le cadre 8 ou 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.