

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

*(Articles 41, 42 et 43 de la convention - Articles 28 et 30
de l'arrangement administratif général)*

Lorsque ce document est demandé par l'institution du lieu de séjour ou de résidence de l'intéressé à l'institution compétente au moyen du formulaire SE 351-22, il doit être adressé directement à cette dernière. Dans les autres cas, il est remis au travailleur accompagné du formulaire SE 351-20 vierge.

1	TRAVAILLEUR
1.1	Nom Prénoms Nom de naissance
1.2	Date de naissance : Nationalité :
1.3	Adresse sur le territoire de l'État compétent (1) :
1.4	Adresse sur le territoire de l'État où l'intéressé se rend (1) :
1.5	Numéro d'immatriculation :

2	EN RAISON
2.1	<input type="checkbox"/> de l'accident du travail survenu le : et entraînant les conséquences suivantes :
2.2	<input type="checkbox"/> de la maladie professionnelle constatée le : et entraînant les conséquences suivantes :
2.3	<input type="checkbox"/> de l'autorisation que nous avons accordée à l'intéressé de conserver le bénéfice des prestations en nature en : où il se rend

LE TRAVAILLEUR DÉSIGNÉ CI-DESSUS PEUT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS EN NATURE

3	<input type="checkbox"/> pour accident du travail	<input type="checkbox"/> pour maladie professionnelle
3.1	du : au :	

4	LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN CONTRÔLEUR
4.1	<input type="checkbox"/> est joint sous pli fermé
4.2	<input type="checkbox"/> a été envoyé le : à (2)
4.3	<input type="checkbox"/> peut nous être demandé
4.4	<input type="checkbox"/> n'a pas été établi

5	INSTITUTION COMPÉTENTE		
5.1	Dénomination : Numéro de code (3) :		
5.2	Adresse (1) :		
5.3	Cachet	5.4	Date :
		5.5	Signature

Instruction

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de deux pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

Le possesseur de ce document peut obtenir de la part de l'institution de son lieu de séjour ou de résidence les prestations en nature de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Ce document doit 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

En cas d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, le travailleur est tenu de faire parvenir directement, dans les 48 heures (le cachet de la poste faisant foi), à sa caisse d'affiliation, l'avis d'arrêt de travail ou la prolongation d'arrêt de travail établi par le médecin traitant. Les prestations en espèces seront servies directement par l'institution d'affiliation.

Si la demande de service des prestations en nature de l'assurance accident du travail maladie professionnelle est formulée par un travailleur qui n'est pas assujéti à la législation de l'Etat où il exerce son activité mais qui est assujéti dans l'autre Etat contractant, ce dernier devra présenter à l'institution de l'Etat sur le territoire duquel il exerce son activité, le présent formulaire accompagné de l'imprimé SE 351-01 (Certificat d'assujétissement).

NOTES

(1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(2) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

(3) A compléter si elle en dispose.