Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Direction Générale de la Forêt et des Affaires Rurales **Sous-direction de la Protection Sociale** **Bureau de l'Assujettissement et des Cotisations** **78, rue de Varenne** **75349 PARIS 07 SP** **Louis RANVIER** **Tél : 01.49.55.83.41** **Fax : 01.49.55.80.10** **Réf. Interne :** **Réf. Classement : J III D**	**CIRCULAIRE** **DGFAR/SDPS/C2006-5001** **Date: 09 janvier 2006**

Date de mise en application : immédiate

Nombre d'annexe: 1

Objet : Relations de sécurité sociale entre la France et le Gabon. Formulaires d'application de l'avenant n° 1 à l'Accord du 2 octobre 1980. Circulaire DSS/DACI/ n°439 du 27 septembre 2005.

Bases juridiques :
Accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République gabonaise, signé à Paris le 2 octobre 1980 et avenant n°1 signé à Libreville le 7 juillet 2000.
Arrangement administratif général du 2 avril 1981, modifié en dernier lieu par l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000. Circulaire DSS/DACI n° 218 du 3 mai 2005 (circulaire DGFAR/SDPS n° 5027 du 30 mai 2005).
Arrangement administratif complémentaire n° 2 du 12 juillet 2005 modifiant l'arrangement administratif complémentaire n° 1 du 15 juin 1984 relatif aux formulaires de liaison.

Résumé :
L'arrangement administratif complémentaire n° 2 du 12 juillet 2005 fixe les nouveaux formulaires d'application de l'avenant n° 1 à l'accord franco-gabonais de sécurité sociale, pour ce qui concerne le détachement, la liquidation coordonnée des pensions et l'option pour un régime unique de liquidation des pensions de vieillesse.

Mots-clés : Accord sur la sécurité sociale entre la France et le Gabon – détachement – option en faveur d'un régime unique de liquidation des pensions de vieillesse - liquidation coordonnée des pensions de vieillesse et de survivants.

Destinataires	
Pour exécution : - Monsieur le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole, - les présidents des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole, - le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS). - les chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles - les chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles,	Pour information : - les préfets de régions et de départements, - les directeurs régionaux de l'agriculture et de la forêt, - les directeurs départementaux de l'agriculture et de la forêt,

Je vous prie de trouver ci-jointe la circulaire DSS/DACI n° 439 du 27 septembre 2005 qui commente les dispositions de l'arrangement administratif complémentaire n° 2 du 12 juillet 2005 conclu pour l'application de l'accord franco-gabonais de sécurité sociale en date du 2 octobre 1980 modifié par l'avenant n° 1 du 7 juillet 2000 ainsi que de l'arrangement administratif général du 2 avril 1981 modifié en dernier lieu par l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000.

L'arrangement administratif complémentaire n° 2 du 12 juillet 2005 abroge certains formulaires de liaison et en introduit de nouveaux (avec, pour certains, une numérotation ancienne mais un objet différent) pour l'application des dispositions nouvelles de l'avenant du 7 juillet 2000 à l'accord, telles qu'elles ont été explicitées par la circulaire DSS/DACI n° 218 du 3 mai 2005 (circulaire DGFAR/SDPS n° 5027 du 30 mai 2005) . Ces nouveaux formulaires concernent :

- le détachement des salariés et assimilés : un seul formulaire, SE 328-01, est désormais utilisable à la fois pour le détachement initial et pour les prolongations et dérogations exceptionnelles ;
- la liquidation des pensions obtenues en coordination : attestation des périodes d'assurance (formulaire SE 328-20), demande de pension de vieillesse ou d'allocation (formulaire SE 328-21), demande de pension de survivant (formulaire SE 328-22) ;
- la mise en œuvre du droit d'option pour un régime unique (qui est le régime général pour la France) en matière d'assurance vieillesse : formulaires SE 328-27, SE 328-28, SE 328-29 et SE 328-30.

Ces formulaires sont disponibles sur le site du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

Vous voudrez bien me faire part sous le présent timbre des difficultés éventuelles d'application de la présente circulaire.

L'Adjointe au Directeur Général

Sylvie ALEXANDRE

Ministère de la santé et des solidarités

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
Division des Affaires Communautaires
et Internationales
Personne chargée du dossier :
Mme Sylvie DREYFUSS
tél : 01.40.56.72.74
fax :01.40.56.72.55
mél :sylvie.dreyfuss@sante.gouv.fr

Le Ministre de la santé et des solidarités et
le Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille
à
Monsieur le Directeur Général de la Caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

Monsieur le Directeur de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines

Monsieur le Directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Messieurs les Préfets de région (Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, Direction interrégionale de la sécurité sociale des Antilles – Guyane – Direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion)

OBJET : Circulaire DSS/DACI/ 2005/439 du 27 septembre 2005 relative aux formulaires nécessaires à la mise en œuvre de l'avenant n°1 à l'Accord de sécurité sociale entre la France et le Gabon.

Date d'application : immédiate

Résumé : L'arrangement administratif complémentaire modificatif n°2 du 12 juillet 2005 modifie notamment les formulaires de détachement et les imprimés nécessaires à une liquidation coordonnée des pensions. Il institue les formulaires nécessaires à la mise en œuvre de l'option en faveur d'un régime unique de liquidation des pensions de vieillesse.

Mots - clés : Accord sur la sécurité sociale entre la France et le Gabon – arrangement administratif complémentaire – formulaires- détachement – liquidation coordonnée des pensions de vieillesse et de survivants -option en faveur d'un régime unique de liquidation des pensions de vieillesse – transfert des cotisations.

Textes de référence :

- Accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République gabonaise, signé à Paris le 2 octobre 1980;
- Avenant n°1 du 7 juillet 2000 publié au JO du 9 septembre 2004
- Arrangement administratif général du 2 avril 1981;
- Arrangement administratif complémentaire n° 1 du 15 juin 1984 fixant les modèles de formulaires;
- Arrangement administratif modificatif n°1 du 20 octobre 2000 modifiant l'arrangement administratif général du 2 avril 1981 ;
- Arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000 modifiant l'arrangement administratif général du 2 avril 1981 ;
- Arrangement administratif complémentaire modificatif n°2 du 12 juillet 2005 remplaçant certains formulaires pris par arrangement administratif complémentaire n°1 du 15 juin 1984 ;
- Circulaire DSS/DACI/n°2000/623 du 21 décembre 2000 relative aux modalités de paiement des prestations d'assurance vieillesse dans le cadre des dispositions conventionnelles en matière de sécurité sociale entre la France et le Gabon.
- Circulaire DSS/DACI/ n°218 du 3 mai 2005 relative aux modalités d'application de l'avenant n°1 à l'Accord conclu en matière de sécurité sociale entre la France et le Gabon.

Textes modifiés :

- Arrangement administratif complémentaire n°1 du 15 juin 1984 fixant les modèles de formulaires et modifiant l'arrangement administratif général du 2 avril 1981;

Annexes :

- Arrangement administratif complémentaire modificatif n°2 du 12 juillet 2005 remplaçant certains formulaires pris par arrangement administratif complémentaire n°1 du 15 juin 1984 ;
- Formulaire SE 328-01 : certificat d'assujettissement
- Formulaire SE 328-20 : attestation concernant la carrière d'assurance ;
- Formulaire SE 328-21 : demande de pension ou d'allocation de vieillesse ;
- Formulaire SE 328-21 : annexe 1 : rapport médical relatif au contrôle de l'inaptitude au travail ;
- Formulaire SE 328-22 : demande de pension de survivant ;
- Formulaire SE 328-27 : demande d'option pour un régime unique (assurance vieillesse) ;
- Formulaire SE 328-28 : attestation du droit d'option pour un régime unique (assurance vieillesse) ;
- Formulaire SE 328-29 : bordereau de reversement des cotisations -option pour le régime unique (assurance vieillesse) ;
- Formulaire SE 328-30 : notification de refus du droit d'option pour le régime unique.

La circulaire DSS/DACI n° 218 du 3 mai 2005 a commenté les dispositions instituées par l'avenant n°1 du 7 juillet 2000 à l'Accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République gabonaise et par son texte d'application**,** l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000.

En complément des réformes ainsi instituées, un arrangement administratif complémentaire modificatif n° 2, signé le 12 juillet 2005, est intervenu afin d'opérer les adaptations nécessaires en ce qui concerne les formulaires de liaison.

En effet, les modifications introduites par l'avenant n°1 à l'Accord de sécurité sociale rendaient nécessaire l'abrogation ou l'aménagement de certains formulaires ainsi que la création de nouveaux imprimés destinés plus spécifiquement à la mise en oeuvre du nouveau dispositif de droit d'option en faveur d'un régime unique de liquidation de pensions de vieillesse.

1 Détachement

Les dispositions de l'avenant n°1 et de l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000, ayant modifié la durée ainsi que les modalités de détachement, un seul formulaire destiné à remplacer les imprimés 328-01 et 328-02 est désormais proposé sous le numéro SE 328-01.

Il est à noter que cet imprimé est émis, en application de l'article 2 de l'arrangement administratif modificatif n°2 signé le 7 juillet 2000 et modifiant l'arrangement administratif général, pour ce qui concerne le maintien à la législation gabonaise, par la caisse dont relève le travailleur salarié et pour son éventuelle prolongation, dans le cadre des dispositions dérogatoires de l'article 5 § 3 de l'Accord, par le directeur général de la caisse dont relève le travailleur salarié.

Le formulaire de détachement, pour un maintien au régime français, est émis par la caisse d'assurance maladie dont relève le travailleur salarié, la gestion des demandes de prolongation passant par l'intermédiaire du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.

2. Pensions obtenues en coordination

Le formulaire relatif à l'option entre la liquidation conjointe et la liquidation séparée n'ayant plus lieu d'être compte tenu des nouvelles dispositions instituées en matière d'assurance vieillesse, le formulaire SE 328-21 (avis de notification du droit d'option) est abrogé en conséquence.

Par ailleurs, il a paru également utile de regrouper l'ensemble des demandes de pension obtenues au titre de droits propres, y compris celles résultant de l'inaptitude au travail, mais de faire apparaître un formulaire spécifique pour les demandes de pensions de survivants. La réorganisation des formulaires suit le schéma suivant :

- Le numéro de l'ancien formulaire 328 21 (SE 328-21 : avis de notification du droit d'option) est repris et devient, dans le cadre du nouvel arrangement administratif signé le 12 juillet 2005, le formulaire de droits propres (demande de pension de vieillesse ou d'allocation) : il comporte une annexe médicale utilisable en cas d'inaptitude au travail qui porte le même numéro et qui correspond aux anciennes annexes de l'imprimé n°328-22 qui est abrogé.

- Le numéro du formulaire SE 328-20, qui était l'ancien formulaire de demande de pension ou d'allocation de vieillesse, est repris et devient l'attestation des périodes d'assurance (attestation concernant la carrière d'assurance).

- Le numéro de l'ancien formulaire 328 22, qui correspondait au formulaire de demande de pension au titre de l'inaptitude au travail, est repris et devient le formulaire de demande de pension de survivant**.**

3. Les nouveaux formulaires nécessaires à la mise en oeuvre d'un droit d'option en faveur d'un mode unique de liquidation de pensions

De nouveaux formulaires ont été retenus sous les numéros 328-27, 328-28- 328-29 et 328-30 pour constituer les supports nécessaires aux échanges d'informations entre les institutions gabonaises et françaises, en ce qui concerne l'option pour le régime unique en matière d'assurance vieillesse. Ce dispositif est commenté dans la circulaire DSS/DACI n° 218 du 3 mai 2005 au point II 2.

En tant que de besoin, les organismes de sécurité sociale peuvent télécharger ces imprimés sur le site du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

***

*

Je vous saurais gré de me faire part des difficultés éventuelles posées par la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour les Ministres et par délégation,
le Directeur de la sécurité sociale,

Dominique LIBAULT

ANNEXE 1

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE MODIFICATIF N°2,

remplaçant certains formulaires pris par arrangement administratif complémentaire n° 1 du 15 juin 1984 modifiant les modèles de formulaires servant à l'application de l'Accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République Gabonaise du 2 octobre 1980 et annexés à l'arrangement administratif général du 2 avril 1981 relatif à l'application dudit Accord.

En application de l'article 50 § 3 de l'Accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement de la République Gabonaise du 2 octobre 1980, les autorités administratives compétentes françaises et gabonaises représentées par :

du côté français :

- **Monsieur Jean-marc SIMON** : Ambassadeur, Haut représentant de la République française au Gabon,

du côté gabonais :

- **Monsieur André MBA OBAME** : Ministre de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales et du Bien Etre,

sont convenues des dispositions suivantes :

Article 1 : Les modèles SE 328-01 (certificat de détachement) et SE 328-02 (certificat de maintien exceptionnel au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation) sont abrogés et remplacés par le formulaire SE 328-01 (certificat d'assujettissement) ci annexé.

Article 2 : Les modèles suivants sont abrogés :

- SE 328-20 : instruction d'une demande de pension ou d'allocation de vieillesse ou de survivant ;
- SE 328-21 : avis de notification du droit d'option (pension de vieillesse ou de survivant) ;
- SE 328-22 : demande de pension de vieillesse pour inaptitude au travail ;
- SE 328-22 : annexe 1 : rapport médical ;
- SE 328-22 : annexe 2 : fiche professionnelle ;
- SE 328-22 : annexe 3 : fiche médico-professionnelle ;
- SE 328-23 : notification de décision concernant l'inaptitude au travail ;

Article 3 : Les modèles suivants sont ajoutés :

- SE 328-20 : attestation concernant la carrière d'assurance ;
- SE 328-21 : demande de pension ou d'allocation de vieillesse ;
- SE 328-21 : annexe 1 : rapport médical relatif au contrôle de l'inaptitude au travail ;
- SE 328-22 : demande de pension de survivant ;
- SE 328-27 : demande d'option pour un régime unique (assurance vieillesse) ;
- SE 328-28 : attestation du droit d'option pour un régime unique (assurance vieillesse) ;
- SE 328-29 : bordereau de reversement des cotisations -option pour le régime unique (assurance vieillesse) ;
- SE 328-30 : notification de refus du droit d'option pour le régime unique.

Article 4 : Le présent arrangement administratif complémentaire prend effet à compter de sa signature.

Fait à Libreville, en double exemplaire, en langue française, le 12 juillet 2005,

Pour le Gouvernement
de la République Française

Jean-Marc SIMON
Ambassadeur, Haut représentant de la
République française au Gabon

Pour le Gouvernement
De la République Gabonaise

André MBA OBAME
Ministre de la Solidarité Nationale,
Des Affaires Sociales et du Bien Etre

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	FORMULAIRE SE 328-01

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT

(Article 5 paragraphe 2,a et article 5 paragraphe 3 de l'accord modifié par l'avenant n°1 du 7/7/2000 – Articles 1 et 2 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7/7/2000)

L'institution compétente de l'État à la législation duquel le travailleur reste maintenu remplit le formulaire, à la demande de l'employeur et le remet au demandeur. En cas de détachement exceptionnel, dès lors que l'accord est obtenu, l'institution qui a délivré le certificat de détachement initial en est informée et délivre un nouvel imprimé SE 328-01.

☐ Détachement initial

☐ Dérogation exceptionnelle

Dossier n° ……..... (1)

(1) Ce numéro ainsi que le numéro d'immatriculation doit être rappelé dans toute correspondance adressée par le travailleur détaché à l'organisme d'affiliation.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

1.1 Nom …… Nom de naissance ……

1.2 Prénoms ……

1.3 Sexe : ☐ Masculin - ☐ Féminin Nationalité : ……..

1.4 ☐ Célibataire - ☐ Marié(e) - ☐ Veuf(ve) - ☐ Divorcé(e) - ☐ Séparé(e)

1.5 Date de naissance : …… Lieu de naissance :……

1.6 Adresse précise du travailleur :

dans l'État d'affiliation ……

……

dans l'État où il est détaché ……..

……..

1.7. Profession ……

1.8 Numéro d'immatriculation en France : ……..

Numéro d'immatriculation au Gabon : ……

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AYANTS DROIT QUI L'ACCOMPAGNENT

	Nom	Prénoms	Date de naissance	Degré de parenté	Observations
2.1	……	……	……	……	……
2.2	……	……	……	……	……
2.3	……	……	……	……	……
2.4	……	……	……	……	……

3. ☐ **EMPLOYEUR**

3.1 Nom ou raison sociale : ……..

3.2 Numéro d'identification : ……..

3.3 Adresse : ……

Téléphone : …… Télécopie : ……..

E-mail :……..

4. L'ASSURÉ DÉSIGNÉ CI-DESSUS :

Est détaché pendant une période allant probablement

du …… au ……

dans l'établissement suivant :

Nom ou raison sociale : ……

Numéro d'identification : ……

Adresse : ……..

Téléphone : ..... Télécopie :……..

E-mail……

Pour y effectuer le travail décrit ci-dessous :

.....

.....

.....

5. L'INSTITUTION COMPÉTENTE DÉSIGNÉE CI-DESSOUS :

Dénomination : ……

Adresse : ……

.....……

atteste, par le présent certificat, que :

M……

reste soumis à la législation de sécurité sociale

☐ gabonaise

☐ française

du ..... au .....

dans le cadre de :

☐ **détachement initial** ☐ **dérogation exceptionnelle ***

***** références de l'accord donné par les autorités ☐ gabonaises ☐ françaises :

.....

et a droit, pour lui-même et les ayants droit qui l'accompagnent mentionnés au 2 ci-dessus, aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.

A ……., le …….

Signature du représentant de l'organisme
(désignation et cachet)

INSTRUCTIONS

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

RENSEIGNEMENTS À L'USAGE DU TRAVAILLEUR DÉTACHÉ

A – Détachement initial

Deux ans au maximum pour le travailleur salarié visé l'article 5, paragraphe 1, alinéa a, de l'accord modifié. L'employeur doit demander à la caisse compétente la délivrance du certificat d'assujettissement. Ce document est émis (article 1, de l'arrangement administratif général modifié) :

- en ce qui concerne la législation française par la caisse dont relève le salarié ou, en ce qui concerne les salariés du régime général, la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise dont dépend le travailleur ;

- en ce qui concerne la législation gabonaise par la caisse dont relève le travailleur.

B - Détachement exceptionnel (article 5 paragraphe 3 de l'accord modifié, article 2 de l'arrangement administratif général modifié)

Pour pouvoir obtenir un accord dans le cadre de l'article 5 paragraphe 3 de l'accord, il appartient à l'employeur de s'adresser :

- en ce qui concerne une demande de maintien à la législation française : au directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, 11, rue de la Tour des Dames - 75436 Paris cedex 09,

- en ce qui concerne une demande de maintien à la législation gabonaise, au directeur général de la caisse dont relève le travailleur.

C - Droits aux prestations

- Assurance maladie-maternité (article 23 de l'accord modifié, article 40 de l'arrangement administratif général modifié) :

  - Prestations en nature : Le travailleur détaché, pour l'obtention des prestations en nature de l'assurance maladie maternité, peut choisir de s'adresser à l'institution d'affiliation ou à l'institution de l'État sur le territoire duquel il exerce temporairement son activité. Il peut bénéficier, dans ce dernier État, des prestations de l'assurance maladie et maternité pour lui-même et ses ayants droit qui l'accompagnent. Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont alors servies par l'institution d'assurance maladie du nouvel État de travail, sur présentation du présent formulaire,. Si le travailleur n'effectue pas les formalités précitées, il lui appartiendra de présenter les factures acquittées des frais exposés, directement à sa caisse d'affiliation, qui effectuera le remboursement de ces frais selon les tarifs de la législation qu'elle applique.

  - Prestations en espèces : les prestations en espèces seront servies directement par l'institution d'affiliation du travailleur. Le travailleur détaché devra faire parvenir, dans les 48 heures, à sa caisse d'affiliation, les avis ou prolongation d'arrêt de travail établis par le médecin traitant.

- Assurance accident du travail et maladie professionnelle

  - En cas d'accident du travail survenu sur le territoire du nouvel État d'emploi, une déclaration devra être effectuée auprès de l'institution compétente. Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle, le travailleur détaché doit s'adresser à l'institution d'affiliation .

  - Les prestations en espèces seront versées directement par l'institution d'affiliation, sur présentation des avis ou prolongation d'arrêt de travail que le travailleur lui aura fait parvenir, dans les 48 heures.

- Prestations familiales : (article 12 de l'accord modifié, article 19 de l'arrangement administratif général modifié) les prestations familiales pouvant être servies au travailleur détaché pour les enfants l'ayant accompagné, rejoint ou nés durant la période de détachement, sont les suivantes :

  - s'il est maintenu au régime français : les allocations familiales et la prime de naissance ou d'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

  - s'il est maintenu au régime gabonais: les allocations familiales, les allocations prénatales et la prime à la naissance.

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	Formulaire SE 328-20

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE

(Article 40 de l'accord modifié par l'avenant n°1 du 7 juillet 2000- Article 86, paragraphe 2 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000)

Ce formulaire est établi par l'institution auprès de laquelle l'intéressé a formulé sa demande de pension. Dès lors que l'assuré a été soumis à la législation appliquée par l'institution d'instruction il doit être joint à la demande de pension. L'institution de l'autre État contractant adressera, à l'institution d'instruction, au moyen d'un formulaire identique, le relevé des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous la législation qu'elle applique. Ce document peut également être utilisé lorsque l'assuré qui ne réside pas dans l'État de l'institution compétente réclame uniquement un relevé de ses périodes d'assurance.

1. INSTITUTION DESTINATAIRE

1.1 Dénomination : ……

1.2 Adresse : ……

……

2 TRAVAILLEUR

2.1 Nom …… Prénoms …… Nom de naissance ……

2.2 Date de naissance …… Lieu de naissance :……

Nationalité :…… Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

2.3 Adresse :……

……

2.4 Numéro d'immatriculation en France : ……

2.5 Numéro d'immatriculation au Gabon : ……

3.

Périodes d'assurance et périodes assimilées			**Périodes**				**Régime ou profession**	**Renseignements supplémentaires sur l'activité dans les mines (2)**
année	du	au	Nature (1)	Trimestres	Mois	Jours		
Majoration de durée d'assurance (régime français)								
3.1 Total des périodes								

au régime ☐ gabonais ☐ français de sécurité sociale

3.2 Observations :

……
……
……
……

(1) O : pour période d'assurance obligatoire V : pour période d'assurance volontaire
A : pour période assimilée

(2) Activité
NP - jour
PZ - fond

4.	INSTITUTION QUI REMPLIT LE FORMULAIRE

4.1 Dénomination : .....

4.2 Adresse : .....

.....

4.3 Cachet

4.4 Date ……

4.5 Signature

INSTRUCTIONS

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

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	Formulaire SE 328-21

DEMANDE DE PENSION OU D'ALLOCATION DE VIEILLESSE

(Articles 40, 41 et 42 de l'accord modifié par l'avenant n°1 du 7 juillet 2000 - Articles 86, 87, 88 et 89 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000)

Ce formulaire doit être établi par l'institution du lieu de résidence du demandeur. Si l'intéressé a été soumis à la législation de l'État de résidence, le formulaire SE 328-20 "Attestation concernant la carrière d'assurance" doit être joint obligatoirement à la présente demande. Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière du demandeur dans l'autre État.

Numéro dossier

En France ……..... Au Gabon …….....

1 INSTITUTION DESTINATAIRE

1.1 Dénomination : .....

1.2 Adresse : .....

.....

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ

2.1 Nom …… Nom de naissance …… Prénoms ……

2.2 Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Nationalité : ……

2.3 ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve)

☐ Divorcé(e) (depuis le ……) ☐ Séparé(e) (depuis le ……)

2.4 Date de naissance …… Lieu de naissance ……

2.5 Nom du père…… Nom de la mère ……

2.6 Adresse :

……

……

2.7 Numéro d'immatriculation en France : ……

2.8 Numéro d'immatriculation au Gabon : ……

3

☐ L'assuré exerce une activité ☐ Salariée ☐ Non salariée

☐ L'assuré n'exerce pas d'activité

depuis le ……

4

☐ L'assuré est inapte (dans cette hypothèse joindre le rapport d'inaptitude - Annexe I du SE 328-21)

☐ L'assuré est titulaire d'une pension d'invalidité

- Numéro de la pension ……..
- Date d'attribution ……
- Institution débitrice ……

5 RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL CONCERNANT LE CONJOINT

5.1 Nom de naissance …….. Prénom ……

5.2 Date de naissance…….. Lieu de naissance ……..

5.3 Date du mariage avec l'assuré…….. Nationalité ……

6 AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

6.1 Le conjoint ☐ exerce ☐ salariée
d'activité
☐ n'exerce pas ☐ non salariée

6.2 Le cas échéant montant des revenus professionnels perçus

- au cours du trimestre précédant la demande ……..
- au cours des quatre trimestres précédant la demande ……

6.3 Le conjoint ☐ est
titulaire d'une pension ou d'une rente
☐ n'est pas

Le cas échéant, nature de la pension ou de la rente ……

Date d'attribution …… Montant trimestriel ……

Le conjoint ☐ dispose
d'autres ressources (revenus tirés de biens mobiliers ou immobiliers)
☐ ne dispose pas

Le cas échéant nature des ressources ……

Montant trimestriel ……

Montant annuel ……

7 ENFANTS, ÉTAT CIVIL

Le demandeur les a-t-il eus ou élevés ou ont-ils été à sa charge pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire : [1]

Vos enfants

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Charge
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non

Autres enfants que le demandeur a élevés (enfants de conjoints, recueillis, adoptés, etc)

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Date de prise en charge [2]	Charge
……	……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non

8 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DANS L'AUTRE PAYS

	Nom et adresse de l'employeur ou nature de l'activité	Lieu d'exercice de l'activité	Période d'emploi (du …….. au …….)	Profession
8.1	……	……	……	……
8.2	……	……	……	……
8.3	……	……	……	……
8.4	……	……	……	……
8.5	……	……	……	……
8.6	……	……	……	……
8.7	……	……	……	……
8.8	……	……	……	……
8.9	……	……	……	……
8.10	……	……	……	……
8.11	……	……	……	……

9 AUTRES RENSEIGNEMENTS

9.1 Date de présentation de la demande ……

Date souhaitée d'effet de la pension ……[3]

9.2 ☐ L'intéressé ouvre droit à pension dans l'État de l'institution d'instruction :

- point de départ de la pension ……
- montant de la pension ……FCFA …… EUROS ☐ mensuel ☐ trimestriel

9.3 ☐ L'intéressé n'ouvre pas droit à pension dans l'État de l'institution d'instruction

9.4 Observations : ……

……

……

9.5 Formulaires joints ou documents :

☐ SE 328-20 Attestation concernant la carrière d'assurance

☐ RIB [4] ……

☐ Autres ……

……

10 INSTITUTION D'INSTRUCTION

10.1 Dénomination : .....

10.2 Adresse : .....

.....

10.3 Cachet

10.4 Date ……

10.5 Signature

[1] Pour les enfants qui n'ont pas été élevés pendant au moins neuf ans par le demandeur en raison de leurs décès en bas âge, indiquer seulement la date de naissance et de décès.

[2] La date de prise en charge correspond à la date à partir de laquelle le demandeur a élevé l'enfant.

[3] La date de présentation de la demande conditionne en principe la date d'effet de la pension en fonction des dispositions de la législation applicable. Toutefois, l'intéressé qui souhaite une date postérieure au premier jour du mois qui suit la date de présentation de la demande peut préciser la date d'effet souhaitée. Cette date ne peut, en principe, pas être antérieure à la date de présentation de la demande.

[4] Joindre un relevé d'identité bancaire, obligatoirement sur un compte personnel et non sur un compte joint pour le paiement des pensions gabonaises, ou, à défaut, communiquer l'indication précise du numéro de compte du demandeur et de l'établissement auprès duquel il est ouvert.

Instructions

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

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	Formulaire SE 328-21 ANNEXE I

RAPPORT MÉDICAL
RELATIF AU CONTRÔLE DE L'INAPTITUDE AU TRAVAIL

Dossier n° ……..

Le présent rapport constitue un des éléments du dossier relatif à la demande de pension de vieillesse formulée au titre de l'inaptitude au travail par le demandeur ci-dessous désigné.

Il est rempli par le conseil médical de l'institution compétente du pays de résidence et adressé, avec la fiche professionnelle, sous pli cacheté portant la mention « CONFIDENTIEL – SECRET MÉDICAL » au conseil de l'institution de l'autre pays.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

1.1 Nom …… Nom de naissance ……

1.2 Prénoms ……

1.3 Sexe : ☐ Masculin - ☐ Féminin Nationalité : ……..

1.4 Date de naissance : …… Lieu de naissance :……

1.5 Adresse précise du travailleur :

……

……

1.6 Profession ……

1.7 Numéro d'immatriculation en France : ……..

Numéro d'immatriculation au Gabon : ……

A l'attention du Conseil médical

Le but de ce document est de fournir au contrôle médical de l'institution chargée de la gestion du risque vieillesse dans l'autre pays des éléments d'information lui permettant de prendre une décision en toute connaissance de cause.

En conséquence, il est instamment demandé au CONSEIL MÉDICAL de bien vouloir préciser notamment les DATES et le STADE D'ÉVOLUTION des affections, maladies chroniques, traumatismes et infirmités mentionnées sur son certificat. Il convient également que soit signalée toute date d'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Le conseil médical de l'institution compétente du pays de résidence ci-dessous désignée :

Dénomination : ……

Adresse : ……

déclare avoir examiné M. ……

et avoir fait les constatations suivantes : ……

Maladies antérieures ……	
Infirmités ……	
Affections motivant la requête ……	
1. ÉTAT GÉNÉRAL Taille …….. Poids …… Sénilité ……..	
2. TÉGUMENTS ……	
3. APPAREIL RESPIRATOIRE ……...	
4. APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE : Cœur …….. Tension artérielle …… Artères ……... Veines …… Oedèmes ……	
5. APPAREIL DIGESTIF ……..	
6. PAROI ABDOMINALE : Hernies ……	
7. APPAREIL URO-GÉNITAL : Éléments anormaux (sucre-albumine) …….. Nombre de grossesses …… Prolapsus ……..	
(indiquer le degré et les complications)	
8. ÉTAT NEURO-PSYCHIQUE	
9. ORGANES DES SENS : VUE (après correction) : -oeil droit …… - œil gauche …… Ouie ……..	
10. OS ET ARTICULATIONS Localisations …….. Déformations …… Conséquences ……..	
11. AUTRES APPAREILS ……	

Avis du conseil médical sur l'inaptitude

CONCLUSIONS : ……

……

……

……

Diagnostic : ……..

……

Principale cause d'inaptitude : ……..

QUEL EST VOTRE AVIS SUR LA RÉDUCTION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL DE L'INTÉRESSÉ ?

……

……

……

S'AGIT-IL D'UN ÉTAT DÉFINITIF ?

……

……

……

……

L'état de santé du requérant nécessite-t-il l'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se lever, se coucher, s'habiller, s'alimenter, etc.) ? (1) ……

Si oui, depuis quelle date ? ……

A …… , le ……..

Cachet de l'institution : Signature du médecin-conseil :

(1) Application de la législation française

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	Formulaire SE 328-22

DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

(Articles 40, 41 et 42 de l'accord modifié par l'avenant n°1 du 7 juillet 2000- Articles 86, 87, 88 et 89 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000)

Ce formulaire est établi par l'institution du lieu de résidence du demandeur. Si l'assuré décédé a été soumis à la législation de l'État de résidence, le formulaire SE 328-20 "Attestation concernant la carrière d'assurance" doit être joint à la présente demande.

Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière du travailleur dans l'autre État.

Numéro dossier

En France ……..... Au Gabon ……..……

1 INSTITUTION DESTINATAIRE

1.1 Dénomination : .....

1.2 Adresse : .....

.....

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

2.1 Nom …… Nom de naissance …… Prénoms ……

2.2 Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Nationalité : ……

2.3 État civil

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Monogame ☐ Polygame (nombre d'épouses)

☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) (depuis le ……) (1) ☐ Séparé(e) (depuis le ……)

2.4 Date de naissance …… Lieu de naissance ……..…

2.5 Date de décès …… Lieu de décès ……..…

2.6 Nom du père …….. Nom de la mère……

2.7 Dernière adresse de l'assuré décédé:

……

……...

2.8 Numéro d'immatriculation en France : ……

2.9 Numéro d'immatriculation au Gabon : ……

3 **À LA DATE DE SON DÉCÈS, L'ASSURÉ**

3.1 ☐ exerçait ☐ salariée d'activité
☐ n'exerçait plus ☐ non salariée

3.2 Le cas échéant date de cessation de l'activité……..

3.3 ☐ était titulaire d'une pension
☐ n'était pas

3.4 Nature de la pension ……..

3.5 Numéro de la pension ……..

3.6 Institution débitrice ……..

3.7 Montant de la pension …….. FCFA …….. EUROS ☐ mensuel ☐ trimestriel

4 **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DANS L'AUTRE ÉTAT**

	Nom et adresse de l'employeur ou nature de l'activité	Lieu d'exercice de l'activité	Période d'emploi (du …….. au …….)	Profession
4.1	……	……	……	……
4.2	……	……	……	……
4.3	……	……	……	……
4.4	……	……	……	……
4.5	……	……	……	……

5 **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SURVIVANTS** ☐ **Veuve** ☐ **Veuf** ☐ **Autres**

5.1 Nom Nom de naissance Prénoms

…….. …… ……

5.2 Date de naissance …….. Lieu de naissance ……

5.3 Lien de parenté avec le décédé : …… (2)

5.4 Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Nationalité : ……

5.5 Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve)

☐ Divorcé(e) (depuis le ……) ☐ Séparé(e) (depuis le ……)

A compléter lorsque le survivant est le conjoint ou l'ex-conjoint (3) :

5.6 Date de mariage avec l'assuré décédé : ……..

5.7 Adresse du conjoint :……..……

5.8 Les conjoints ont-ils eu des enfants ensemble ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Nombre d'enfants

5.9 Le cas échéant, date ☐ de la séparation de corps ☐ du divorce :……..

5.10 En cas de remariage : nom et prénom du nouveau conjoint : ……

Date du remariage : ……..

Adresse : ……..
……

5.11 L'assuré décédé était-il divorcé d'un conjoint précédent : ☐ Oui ☐ Non

Nom et prénoms du précédent conjoint ……

Adresse : ……..
……

6 **LE DEMANDEUR MENTIONNE AU CADRE 5 (4)**

6.1 ☐ exerce ☐ n'exerce pas d'activité professionnelle

6.2 ☐ était ☐ n'était pas à charge de l'assuré décédé

6.3 ☐ bénéficie ☐ ne bénéficie pas d'une pension

6.4 Le cas échéant montants des revenus professionnels perçus

- au cours du trimestre précédant la demande : ……
- au cours des quatre trimestres précédant la demande : ……
- au cours du trimestre précédant le décès : ……..
- au cours des quatre trimestres précédant le décès : ……..

6.5 Nature de la pension : ……

Date d'attribution : …… Montant trimestriel : ……

Organisme débiteur : ……

6.6 ☐ dispose d'autres ressources (revenus tirés de biens mobiliers ou immobiliers)

☐ ne dispose pas

Le cas échéant nature des ressources : ……..…

Montant trimestriel : …….. Montant annuel : ……..

7 **ENFANTS, ÉTAT CIVIL**

Le demandeur les a-t-il eus ou élevés ou ont-ils été à sa charge pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire ? (5)

Vos enfants

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Charge
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……	……	……	☐ Oui ☐ Non

Autres enfants que le demandeur a élevés (enfants de conjoints, recueillis, adoptés, etc)

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Date de prise en charge (6)	Charge
……	……..…	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……..	……	……	……	☐ Oui ☐ Non
……	……..…	……	……	……	☐ Oui ☐ Non

8 AUTRES RENSEIGNEMENTS

8.1 Date d'introduction de la demande : .....

8.2 ☐ Le demandeur ouvre droit à pension dans l'État de l'institution d'instruction :

- point de départ de la pension ……
- montant de la pension ……..

8.3 ☐ Le demandeur n'ouvre pas droit à pension dans l'État de l'institution d'instruction

8.4 Observations ……

……

……

8.5 Formulaires joints :

☐ SE 328-20 : Attestation concernant la carrière d'assurance

☐ RIB (7) ……..

……

☐ Autres

……

……..

9 INSTITUTION D'INSTRUCTION

9.1 Dénomination : .....

9.2 Adresse : .....

.....

9.3 Cachet

9.4 Date ……

9.5 Signature

NOTES

(1) Dans le cadre de la législation française, les ex-conjoints survivants d'un assuré décédé peuvent, sous certaines conditions, prétendre à une pension de réversion. Si le décédé a eu plusieurs conjoints, préciser si possible dans le cadre ci-dessous l'identité et les dates de mariage et divorce.

1er conjoint	Nom – Prénom	Date de naissance
	……	……
	Adresse :……	
	Date du mariage …… Date du divorce ……..	
2e conjoint	Nom – Prénom	Date de naissance
	……	……
	Adresse ……..	
	Date du mariage …… Date du divorce ……..	

(2) S'il ne s'agit pas d'un veuf ou d'une veuve, indiquer le lien de parenté avec l'assuré décédé.

(3) Lorsque le décédé était polygame, le cadre 5 est à reproduire et compléter autant de fois qu'il y a d'épouses survivantes.

(4) S'il y a plusieurs demandeurs mentionnés au cadre 5 préciser duquel il s'agit et compléter autant de rubriques 6 qu'il y a de demandeurs.

(5) Pour les enfants qui n'ont pas été élevés pendant au moins neuf ans par le demandeur en raison de leurs décès en bas âge, indiquer seulement la date de naissance et de décès.

(6) La date de prise en charge correspond à la date à partir de laquelle le demandeur a élevé l'enfant.

(7) Joindre un relevé d'identité bancaire, obligatoirement sur un compte personnel et non sur un compte joint pour le paiement des pensions gabonaises, ou, à défaut, communiquer l'indication précise du numéro de compte du demandeur et de l'établissement auprès duquel il est ouvert.

INSTRUCTIONS

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

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	FORMULAIRE SE 328-27

DEMANDE D'OPTION POUR LE RÉGIME UNIQUE

(assurance vieillesse)

(Art. 47 à 48 § 3 de l'Accord modifié par l'Avenant n° 1 du 7 juillet 2000, et les articles 88 et 89 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000)

Dossier n° ……

La présente demande est établie en double exemplaire par le travailleur et adressée à l'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine. Cette institution, après l'avoir complété, transmet l'un des deux exemplaires à l'institution d'instruction (institution d'assurance vieillesse du pays d'accueil) à laquelle le travailleur a été affilié en dernier lieu.

A. Partie à remplir par le travailleur

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom ……..……..

Nom à la naissance …….

Prénoms …….

Date de naissance ……..…….

Lieu de naissance ……

Sexe : Masculin - Féminin [1]

Nationalité : Française - gabonaise[1]

Adresse à la date de la demande …….

……..

Dernière adresse dans le pays d'accueil (sous la législation duquel ont été accomplies les périodes d'assurance donnant lieu à option) …….....

…….....

Numéro d'immatriculation :

En France : ……..……

Au Gabon : ……..……

(1) Biffer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PÉRIODES DONNANT LIEU A OPTION

Nom ou raison sociale de l'employeur	Adresse	Profession	Début du travail	Fin du travail
1 ……..	……	…….	……..	……..
2 ……..	……	…….	……..	……..
3 …….	……	…….	……..	……..
4 ……..	……	……	……..	……..
5 ……...	……	……	……..	……..
6 ……..	……	……	……..	……..

Durée totale des activités salariées exercées dans le pays d'accueil …….

Date à laquelle le travailleur salarié a cessé de relever à titre obligatoire du ou d'un régime d'assurance vieillesse du pays d'accueil …….

Date à laquelle le travailleur salarié a quitté le territoire du pays d'accueil ……

Exerçant le droit d'option prévu à l'article 47 de l'Accord, je demande la transformation des droits que j'ai acquis en assurance vieillesse sous le régime du pays d'accueil (France – Gabon [(1)]) en droits à pension du régime d'assurance vieillesse de mon pays d'origine (France – Gabon [(1)]).

En contrepartie, je renonce à tous droits vis à vis de la législation sous laquelle ont été accomplies les périodes d'assurance donnant lieu à option. Cette renonciation prend effet à la date à laquelle l'option acquiert un caractère définitif.

A ……., le ……

Signature du travailleur

B. Partie à remplir par l'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine

L'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine demande à l'institution d'instruction de lui adresser l' "attestation du droit d'option pour le régime unique".

En cas d'acceptation, le montant des cotisations remboursées devra être versé à l'institution dénommée ci-dessous :

Dénomination …….....

Adresse …….

…….....

Référence du ou des comptes sur le(s)quel(s) peut être effectué le versement [(2)] ……

INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS D'ORIGINE

Dénomination ……..

Adresse ……...……...

……

A ……., le ……

Signature du représentant
de l'institution et cachet

(1) Biffer la mention inutile
(2) Joindre un R.I.B.

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	FORMULAIRE SE 328-28

ATTESTATION DU DROIT D'OPTION POUR LE RÉGIME UNIQUE

(assurance vieillesse)

Période du …… au ……

(Art. 47 à 48 § 3 de l'Accord modifié par l'Avenant n° 1 du 7 juillet 2000, et art. 90 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000)

Dossier n° ……

La présente notification est établie en double exemplaire par l'institution d'instruction (institution compétente du pays d'accueil). L'un des exemplaires est adressé à l'intéressé et l'autre exemplaire à l'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom ……

Nom à la naissance ……

Prénoms ……

Date de naissance ……

Lieu de naissance ……

Sexe : Masculin - Féminin [1]

Nationalité : française - gabonaise[1]

Adresse ……

……

Numéro d'immatriculation :

En France : ……

Au Gabon : ……

INSTITUTION COMPÉTENTE D'ASSURANCE VIEILLESSE DU PAYS D'ORIGINE

Dénomination ……

Adresse ……

……

1) Biffer la mention inutile

L'institution d'instruction, après avoir vérifié que les conditions d'exercice du droit d'option prévu à l'article 47 de l'Accord sont remplies, ACCEPTE la demande d'option pour le régime unique présentée par le travailleur au titre de la période du ……. au ……..

Les renseignements concernant les périodes d'assurance ayant donné lieu à option figurent dans le tableau annexe.

Date à laquelle le travailleur salarié a cessé de relever à titre obligatoire du ou d'un régime d'assurance vieillesse du pays d'accueil …….

Date de la demande d'option pour le régime unique effectuée par le travailleur (SE 328-27) …….

Date à laquelle l'option acquiert un caractère définitif ……

Date limite de reversement des cotisations à l'institution du pays d'origine ……

INSTITUTION D'INSTRUCTION

Dénomination ……...

Adresse ……
……

A ……., le ……

Signature du représentant
de l'institution et cachet

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PÉRIODES D'ASSURANCE
AYANT DONNÉ LIEU A OPTION ET LES COTISATIONS AFFÉRENTES À CES PÉRIODES
(annexe au SE 328-28)

Année civile	Périodes d'assurances accomplies	Régime d'affiliation [1]	Salaires afférents à ces périodes	Cotisations encaissées à reverser
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
			Total à reverser	

[1] A compléter si l'intéressé a été affilié dans le pays d'accueil à plusieurs régimes de sécurité sociale

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	FORMULAIRE SE 328-29

BORDEREAU DE REVERSEMENT DES COTISATIONS
OPTION POUR LE RÉGIME UNIQUE

(assurance vieillesse)

(Art. 48 de l'Accord modifié par l'Avenant n° 1 du 7 juillet 2000, et art.91 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000)

Dossier n° ……

Le présent bordereau est établi à la date de reversement des cotisations en double exemplaire par l'institution d'instruction (institution compétente du pays d'accueil). L'un des exemplaires est adressé à l'intéressé et l'autre exemplaire à l'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom ……

Nom à la naissance ……

Prénoms ……

Date de naissance ……

Lieu de naissance ……

Sexe : Masculin - Féminin (1) Nationalité : française - gabonaise(1)

Adresse ……

……

Numéro d'immatriculation :

En France : ……

Au Gabon : ……

INSTITUTION COMPÉTENTE D'ASSURANCE VIEILLESSE DU PAYS D'ORIGINE

Dénomination ……

Adresse ……

……

Le montant global des cotisations transférées conformément aux dispositions de l'article 48 de l'Accord et dont le détail figure dans le tableau ci-après s'élève à : …… FCFA …… EUROS

INSTITUTION D'INSTRUCTION

Dénomination ……

Adresse ……

A ……, le ……

Signature du représentant
de l'institution et cachet

(1) Biffer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PÉRIODES D'ASSURANCE
AYANT DONNÉ LIEU A OPTION ET LES COTISATIONS AFFÉRENTES À CES PÉRIODES

(annexe au SE 328-29)

Année civile	Périodes d'assurance accomplies	Régime d'affiliation [1]	Salaires afférents à ces périodes	**Cotisations reversées**
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
			Total à reverser	

[1] A compléter si l'intéressé a été affilié dans le pays d'accueil à plusieurs régimes de sécurité sociale

SÉCURITÉ SOCIALE	ACCORD DU 2 OCTOBRE 1980 ENTRE LA FRANCE ET LE GABON	FORMULAIRE SE 328-30

NOTIFICATION DE REFUS DU DROIT D'OPTION POUR LE RÉGIME UNIQUE

(assurance vieillesse)

(Art. 47 à 48 § 3 de l'Accord modifié par l'Avenant n° 1 du 7 juillet 2000, et art. 90 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n° 2 du 7 juillet 2000)

Dossier n° ……

La présente notification est établie en double exemplaire par l'institution d'instruction (institution compétente du pays d'origine). L'un des exemplaires est adressé à l'intéressé et l'autre exemplaire à l'institution compétente d'assurance vieillesse du pays d'origine.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom ……

Nom à la naissance ……

Prénoms ……

Date de naissance ……

Lieu de naissance ……

Sexe : Masculin - Féminin [1]

Nationalité : française - gabonaise [1]

Adresse ……

……

Numéro d'immatriculation :

En France : ……

Au Gabon : ……

INSTITUTION COMPÉTENTE D'ASSURANCE VIEILLESSE DU PAYS D'ORIGINE

Dénomination ……

Adresse ……

……

1) Biffer la mention inutile

L'institution d'instruction constate que le travailleur ne peut se prévaloir des dispositions de l'article 47 de l'Accord et REFUSE le droit d'option pour le régime unique.

MOTIF DU REFUS :

……
……
……

VOIES DE RECOURS dont dispose le travailleur contre la décision de refus ……
……
……

DÉLAIS DE RECOURS ……..
……

INSTITUTION D'INSTRUCTION

Dénomination ……

Adresse ……
……

A ……., le ……

Signature du représentant de l'institution et cachet