

**ATTESTATION RELATIVE A LA TOTALISATION DES
PERIODES D'ASSURANCE**

(art. 8 de la convention ; art. 8 de l'Arrangement
administratif général)

Dossier n°

N.B. – La présente attestation est adressée en deux exemplaires par l'institution du pays du nouveau lieu de travail à l'institution du pays du dernier lieu de travail, laquelle lui fait retour d'un exemplaire dûment complété.

Si l'attestation est établie à la demande de l'assuré, l'institution compétente remplit la partie qui la concerne et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT**L'ASSURE**

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Marié(e) – célibataire - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) ⁽¹⁾

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité : française - malienne ⁽¹⁾

Adresse du travailleur dans le pays du dernier lieu de travail :

.....

Numéro d'immatriculation dans le pays du dernier lieu de travail :

.....

DERNIER EMPLOYEUR dans le pays du dernier lieu de travail :

.....

Nom ou raison sociale :

Adresse :

En vue de procéder à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays, L'INSTITUTION DU PAYS
DU NOUVEAU LIEU DE TRAVAIL :

Désignation :

Adresse :

⁽¹⁾ Biffer la ou les mentions inutiles.

DEMANDE à l'institution du pays du dernier lieu de travail de lui indiquer les périodes d'assurance accomplies par l'assuré désigné ci-dessus, à partir du :

.....

Dans le cadre de l'assurance : volontaire-maladie-maternité-invalidité-décès (biffer les mentions inutiles).

A.....

*Signature du représentant de
l'institution et cachet,*

L'INSTITUTION DU PAYS DU DERNIER LIEU DE TRAVAIL

Désignation :

Adresse :

INDIQUE que l'assuré au nom duquel est établi la présente attestation a accompli depuis le :

.....

Les périodes d'assurance ou équivalentes suivantes :

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

A..... , le

*Signature du représentant de
l'institution et cachet :*