

NOTICE

VOUS VOULEZ CONTESTER LA PRESENTE DECISION

En cas de désaccord sur le taux d'incapacité retenu, vous pouvez dans un délai de deux mois à compter de cette notification :

- soit, adresser une simple lettre à la Commission de Recours Amiable (au siège de l'organisme). En l'absence de réponse de cette commission dans le délai d'un mois vous pouvez considérer votre demande comme rejetée et saisir le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (dont l'adresse figure au recto),
- soit, saisir directement par lettre recommandée avec accusé de réception, le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité. Votre réclamation doit préciser le nom du médecin que vous désignez pour y siéger, mentionner vos nom, prénoms, profession et adresse et être accompagnée d'une copie de la décision de la caisse que vous contestez (Art. R 143-1 et R 143-6 du Code de la Sécurité Sociale).

Pour tout autre litige, vous pouvez adresser une simple lettre à la Commission de Recours Amiable (au siège de l'organisme) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification. En l'absence de réponse de cette Commission dans un délai d'un mois (Art. R 142-6) vous pouvez saisir le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (dont l'adresse figure au recto) par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée (Art. R 142-18).

VOUS POUVEZ ENGAGER UNE ACTION CONTRE LE TIERS OU L'AUTEUR D'UNE FAUTE, RESPONSABLE DE L'ACCIDENT

Si l'accident vous paraît dû à un tiers extérieur à l'entreprise ou à la faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur ou de son représentant (Art. L 451-1 et suivants) vous pouvez demander une réparation complémentaire.

Si vous intentez une action informez-en la Caisse car elle doit y être associée.

VOTRE TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE RESTERA-T-IL CONSTANT ?

Si vous estimez que votre incapacité permanente s'est aggravée, vous pouvez demander une révision de votre taux à tout moment dans un délai de deux ans suivant la date de consolidation qui vous a été notifiée. Par la suite, les révisions ne peuvent intervenir qu'à intervalle d'un an.

Adressez votre demande au Service Rentes Accidents du Travail, avec un certificat médical détaillé (Art. L 443-1). Le Service Médical peut également, au cours d'un examen de contrôle, constater une aggravation ou une amélioration de votre état et donc proposer une augmentation ou une diminution de votre taux d'IPP.

ATTENTION : SI VOUS REFUSIEZ DE VOUS SOUMETTRE AUX EXAMENS DE CONTROLE OBLIGATOIRES LE PAIEMENT DE VOTRE RENTE POURRAIT ETRE SUSPENDU.

COMMENT DETERMINE-T-ON LA RENTE ?

Le Salaire retenu est calculé ou reconstitué à partir des salaires des douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Il ne peut être inférieur à un minimum prévu par la loi (Art. L 434-16). Ce salaire est multiplié par le taux d'IPP préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à ce seuil.

VOUS POUVEZ DEMANDER LA CONVERSION DE VOTRE RENTE D'INCAPACITE PERMANENTE

Si vous le demandez à la Caisse au cours de la période indiquée au recto, une partie de votre rente peut être transformée (Art. R 434-5) :

- soit en un capital à verser en une fois
- soit en une rente en faveur du conjoint survivant.

QUE FAUT-IL SAVOIR SUR LES RENTES D'AYANTS-DROIT ?

En cas de décès de la victime dû à l'accident, les ayants-droit peuvent bénéficier d'une rente (Art. L 434-7) :

- de **30 %** du salaire retenu pour le conjoint survivant.
Elle est portée à **50 %** à **55 ans** ou en cas d'invalidité.
(Des dispositions particulières sont prévues en cas de divorce ou de remariage).
- de **15 %** pour chacun des deux premiers enfants légitimes, naturels (dont la filiation est légalement établie) ou adoptés ; de **10 %** pour les suivants ; de **20 %** si le père et la mère sont décédés, cela jusqu'à 16 ans et sur justificatif jusqu'à 18 ou 20 ans.
- de **10 %** pour les ascendants sous certaines conditions.

ATTENTION : LE MONTANT TOTAL DES RENTES ne peut excéder **85 %** du SALAIRE RETENU pour le calcul.

VOUS POUVEZ VOUS ADRESSER POUR OBTENIR D'AUTRES RENSEIGNEMENTS

Au Service des Rentes Accidents du Travail
de la Caisse dont l'adresse figure au recto.

- En cas de changement d'adresse prévenez immédiatement ce service.
- En cas de changement de compte faites lui parvenir un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne.
- En cas de départ à l'étranger, consultez-le avant de quitter la France.

REPORTEZ LES REFERENCES DE VOTRE DOSSIER SUR CHAQUE CORRESPONDANCE

SECURITE SOCIALE

VOLET DESTINE
A LA VICTIME
OU A
L'AYANT-DROIT

NOTIFICATION DE DECISION relative à

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (art. R 434-35 du Code de la Sécurité Sociale)

REFERENCES A RAPPELER SUR TOUTE CORRESPONDANCE

N° d'immatriculation :
Caractéristique AT/MP :
Bénéficiaire :

DESTINATAIRE

TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITE

TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE

Le
Madame, Mademoiselle, Monsieur,
J'ai l'honneur de vous faire connaître la décision qui a été prise concernant
la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle
désigné(e) ci-dessus.

DECISION

MODALITES DE CALCUL

MODALITES DE PAIEMENT

LE DIRECTEUR

L'AGENT-COMPTABLE

INFORMATIONS ET RECOURS (voir au verso)

CONCLUSIONS MEDICALES

SECURITE SOCIALE

INFORMATION CONCERNANT UNE DECISION relative à

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (art. R 434-35 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET DESTINE
A
L'EMPLOYEUR

REFERENCES A RAPPELER SUR TOUTE CORRESPONDANCE

N° d'immatriculation :
Caractéristique AT/MP :
Bénéficiaire :

DESTINATAIRE

TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITE

TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE

Le
Madame, Mademoiselle, Monsieur,
J'ai l'honneur de vous communiquer le double de la décision qui a été prise concernant la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle désigné(e) ci-dessus.

DECISION

MODALITES DE CALCUL

MODALITES DE PAIEMENT

LE DIRECTEUR

L'AGENT-COMPTABLE

CONCLUSIONS MEDICALES

SECURITE SOCIALE

NOTIFICATION DE DECISION relative à

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (art. R 434-35 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET DESTINE
A LA
CAISSE PRIMAIRE

REFERENCES A RAPPELER SUR TOUTE CORRESPONDANCE

N° d'immatriculation :
Caractéristique AT/MP :
Bénéficiaire :

DESTINATAIRE

TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITE

TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE

Le
Madame, Mademoiselle, Monsieur,
J'ai l'honneur de vous faire connaître la décision qui a été prise concernant
la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle
désigné(e) ci-dessus.

DECISION

MODALITES DE CALCUL

MODALITES DE PAIEMENT

LE DIRECTEUR

L'AGENT-COMPTABLE

CONCLUSIONS MEDICALES