

HASTALIK VEYA KAZA BİLDİRİMİ VEYA TEDAVİNİN

AVIS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DEMANDE

UZATILMASI TALEBİ

DE PROLONGATION DES SOINS

(Yıllık Ücretli İzindeki İşçinin Durumu)

(Cas du travailleur en Congé Payé Annuel)

(Sözleşmenin 12 . ve 13 . maddeleri;
Genel İdari Anlaşmanın 12 ., 13 . ve 14 . maddeleri)

(Articles 12 et 13 de la Convention;
articles 12, 13 et 14 de l'arrangement administratif général)

DOSYA N° (1)DOSSIER (1)

NOT: 1) Bu bildirim, geçici bulunma yeri ülkesinin kurumunca iki nüsha olarak düzenlenir; bu kurum bir nüshasını işçinin kayıtlı olduğu kuruma gönderir, ikinci nüshasını dosyasında saklar.

N.B. 1) Le présent avis est établi en double exeplaires par l'institution du pays de séjour; elle en adresse un exemplaire à l'institution du pays d'affiliation du travailleur et conserve le second exemplaire.

2) Bu formüler, yıllık ücretli izin esnasında meydana gelen hastalık veya kaza durumlarında kullanılır. Aynı zamanda, geçici bulunma yeri ülkesindeki tedavilerin uzatılması için de kullanılır.

2) Ce formulaire est utilisé dans les cas de maladie ou d'accident survenant au cours du congé payé annuel. Il est également utilisé en cas de prolongation des soins dans le pays de séjour.

İŞÇİ HAKKINDA BİLGİLER

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Soyadı :.....

Nom :

Kızlık soyadı :.....

Nom de jeune fille :

Adı :.....

Prénoms :

Baba adı :.....

Prénom(s) du père :

Doğum tarihi :.....

Date de naissance :

Doğum yeri : (ilçe).....(il).....

Lieu de naissance : (commune)

(département)

Cinsiyeti : Erkek

Kadın (2)

Sexe : Masculin

Féminin (2)

Milliyeti : Türk

Fransız (2)

Nationalité : Turque

Française (2)

İşçinin açık adresi :

Adresse précise du travailleur:

- **İş yerinin bulunduğu ülkedeki:**.....
- Dans le pays du lieu de travail :

- **Geçici bulunma yeri ülkesindeki:**.....
- Dans le pays du lieu de séjour :

Sigorta sicil n° :.....

N° d'immatriculation à la sécurité sociale :

İŞÇİNİN ÜCRETLİ İZİN SÜRESİ**LE CONGÉ PAYÉ DU TRAVAILLEUR**

İşçinin yararlandığı ücretli izin süresinin açık olarak belirtilmesi:

.....tarihinden (gün, ay, yıl)
Du (jour, mois, an)

İşverenin adı (veya ünvanı) :.....

Nom (ou raison sociale) de l'employeur :.....

İşverenin adresi :.....

Adresse de l'employeur:.....

Indication précise de la période de congé payé dont bénéficie le travailleur:

.....'e kadar (gün, ay, yıl)
au (jour, mois, an)

**İŞÇİNİN GEÇİCİ BULUNMA YERİ ÜLKESİNİN KURUMU :
L'INSTITUTION DU PAYS DE SÉJOUR DU TRAVAILLEUR :**

Adı :.....
Dénomination:

Adresi :.....
Adresse :

bu kurum, işçinin kayıtlı olduğu ülkedeki kuruma, yukarıda belirtilen işçinin sağlık durumunun, hastalık - kaza - analık (2) nedeniyle, aşağıdaki sürelerde, tıbbî tedaviyi - hastanede yatmayı (2) gerektirdiğini bildirir.

Bu süre.....gün.....ay olup açılımı şöyledir :

A. Tedavinin başladığı..... tarihinden (gün, ay, yıl) itibaren,

B. Tedavinin uzaması söz konusu ise, önceden yükümlenilmiş sürenin bitiş tarihi olan;

..... tarihinden (gün, ay, yıl) itibaren, tarihine (gün, ay, yıl) kadar.

İşçiye, hareketinden önce,..... tarihinde (gün, ay, yıl) dosya numarası ile düzenlenmiş SE 208-06 A kodlu müstahak belgesi verilmiştir.

Bu formülere;

kapalı zarf içinde, özellikle,

- Fransız tarafınca;

a) tedaviyi yapan hekimce düzenlenen belgenin,

b) tarihinde yapılmış geçici bulunma yeri ülkesi kurumunun tıbbî kontrol raporunun,

- Türk tarafınca;

geçici bulunma yeri ülkesinin kurumunca onaylanmış, tedaviyi yapan hekimin raporunun,

- işçi, hareketinden önce, SE 208-06 A kodlu belgeyi ALMAMIŞ ise: tedavinin başladığı tarihten önceki aya ait ücret bordrosunun, (3) da bulunduğu tıbbî dosya eklenecektir.

Düzenlendiği yer (Fait à) :.....

Geçici bulunulan kurumun mühürü :

Cachet de l'institution de séjour :

Avisé

L'institution du pays d'affiliation du travailleur que, par suit:
- de maladie - d'accident - de maternité (2)

l'état de santé du travailleur ci-dessus désigné nécessite:

- des soins médicaux - une hospitalisation (2)

pour une durée de: jours:mois:
à partir de la date précise:

A. du début des soins:.....(jour, mois, an)

B. de la fin de la précédente période de prise en charge, s'il s'agit d'une prolongation des soins:

.....(jour, mois, an)
jusqu'au.....(jour, mois, an)

Le travailleur était muni avant son départ de l'attestation de droit N°: SE 208-06 A

délivré le.....(jour, mois, an)
sous le N° de dossier:.....

Au présent formulaire sont joints :

Sous pli fermé, le Dossiers Médical comprenant, notamment :

- du coté français

a) le certificat du médecin traitant,

b) le rapport du contrôle médicale de l'institution du pays de séjour effectué le

- du coté turc

le rapport du médecin traitant visé par l'institution du pays de séjour.

- si le travailleur N'ETAIT PAS MUNI du formulaire N°: SE 208-06 A avant son départ :

le bulletin de salaire du mois précédent la date du début des soins (3)

Tarih (le) :.....

Kurum temsilcisinin imzası :

Signature du représentant de l'institution :

- (1) Bu numara geçici bulunma yeri ülkesinin kurumuna gönderilen tüm yazılarda belirtilmelidir. (Ce numéro doit obligatoirement être rappelé dans toute correspondance adressée à l'institution du pays de séjour)
- (2) Lüzensuz olanı çiziniz (Biffer la mention inutile)
- (3) Tedavinin uzatılmasının talep edilmesi durumunda, ücret bordrosunun gönderilmesi gerekmez. (La production du bulletin de salaire n'est plus nécessaire, en cas de demande de prolongation des soins)