

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

30/04/90

**Origine :**

IMP

Mmes et MM les Directeurs  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
Mmes et MM les Directeurs  
des CETELIC  
CNEI  
Services Informatiques  
(pour attribution)

**Réf. :**

IMP n° 21/90

**Plan de classement :**

21	260					
----	-----	--	--	--	--	--

**Objet :**

MODIFICATION DE L'IMPRIME "NOTIFICATION DE DECISION RELATIVE A UNE INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE OU A UNE RENTE D'AYANT DROIT". ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE (REFERENCE S 6400a)

Ajout d'une ligne supplémentaire d'édition dans le pavé "Décision".

**Pièces jointes :**



**Liens :**

Mod.circ IMP 17/89

**Date d'effet :**

Immédiate

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

REGL. M.J. BATAIS

**Téléphone :**

42.79.34.39

@

**IMP**

30/04/90

**Origine :**  
IMP

Mmes et MM les Directeurs  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
Mmes et MM les Directeurs  
des CETELIC  
CNEI  
Services Informatiques  
(pour attribution)

**N/Réf. :** IMP n° 21/90

**Objet :** Modification de l'imprimé S 6400 a "Notification de décision relative à une incapacité permanente partielle ou à une rente d'ayant droit".

A l'utilisation du formulaire S 6400 a il s'est avéré nécessaire d'ajouter une ligne dans le pavé "Décision".

Les caractéristiques techniques définies dans la circulaire de mise en place restent par ailleurs identiques.

L'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale est informée et prendra en compte immédiatement cet aménagement.

Les Centres informatiques ne souhaitant pas s'approvisionner auprès de cet organisme pourront se procurer les films nécessaires à la réalisation de l'imprimé modifié en s'adressant à la :

*Société GRAPHIFORM  
6 Boulevard Victor Lambert  
B.P. 27 67  
51067 REIMS CEDEX*

Une photocopie du formulaire modifié est jointe à la présente circulaire.

Le Directeur

*Gilles JOHANET*

**P.J.**



- 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 la Commission Régionale d'Invalidité d'Incapacité Permanente (dont l'adresse figure au recto),
  - soit saisir directement la Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente (Art. R. 143-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Pour tout autre litige, vous pouvez adresser une simple lettre à la Commission de Recours Amiable. En l'absence de réponse de cette dernière dans un délai d'un mois (Art. R. 142-6), vous pouvez saisir directement le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (dont l'adresse figure au recto).

#### **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 PERMANENT RESTERA-T-IL CONSTANT**

Si vous estimez que votre incapacité permanente s'est aggravé, vous pouvez demander une révision de votre taux à tout moment dans un délai de deux ans suivants 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'I.P.P.

**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. L. 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'inaptitude.  
(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 35 % du SALAIRE RETENU pour le calcul.**

**VOUS POUVEZ VOUS ADRESSER POUR OBTENIR D'AUTRES  
RENSEIGNEMENTS**

Au Service 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 une relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne.
- 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

[Empty box for identification]

A LA VICTIME

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (Art. R. 434- ?? du Code de la Sécurité Sociale

OU A

L'AYANT-DROIT

[Large empty box for details]

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

DESTINATAIRE

[Empty box for signature]

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**

[Empty box for decision content]

**MODALITES DE CALCUL**

[Empty box for calculation modalities]

**MODALITES DE PAIEMENT**

[Empty box for payment modalities]

INFORMATION ET RECOURS (voir au verso)

**CONCLUSIONS MEDICALES**

[Empty box for medical conclusions]



# SECURITE SOCIALE

VOLET DESTINE

A LA

CAISSE PRIMAIRE

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


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

DESTINATAIRE

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

--

INFORMATION ET RECOURS (voir au verso)

--	--	--

## CONCLUSIONS MEDICALES

--



**SECURITE SOCIALE**

VOLET DESTINE

[Empty box for identification]

A

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

L'EMPLOYEUR

[Large empty box for details]

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

DESTINATAIRE

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**

[Empty box for decision content]

**MODALITES DE CALCUL**

[Empty box for calculation modalities]

**MODALITES DE PAIEMENT**

[Empty box for payment modalities]

INFORMATION ET RECOURS (voir au verso)

**CONCLUSIONS MEDICALES**

[Empty box for medical conclusions]

