

SECURITÉ SOCIALE

NOTIFICATION DE DÉCISION relative à Révision du taux d'incapacité

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE (Art. L 434-2, R 443-4 du Code de la Sécurité Sociale)

Caisse Primaire [redacted] Siège de l'organisme
[redacted]
3646 Service gratuit par téléphone
Depuis l'étranger +33 1 84 90 36 46
Commission Médicale de Recours Amiable
Si contestation du taux, joindre photocopie de la notification
[redacted]
[redacted]
[redacted]

RÉFÉRENCES A RAPPELER SUR TOUTE CORRESPONDANCE
[redacted]
[redacted] Bénéficiaire : Victime

DESTINATAIRE

[redacted]
[redacted]
[redacted]

[redacted]
[redacted]

Je vous informe de la décision qui a été prise concernant la réparation de l'accident du travail désigné(e) ci-dessus.

DÉCISION	
Suite au certificat d'aggravation [redacted] et après avis du service médical, votre taux d'incapacité permanente est fixé à [redacted]	
MODALITÉS DE CALCUL	
[redacted]	
MODALITÉS DE PAIEMENT	
[redacted]	
[redacted]	
[redacted]	
[redacted]	
VOIES ET DELAIS DE RECOURS	P.O LE DIRECTEUR
Si vous estimez devoir contester cette décision, vous devez adresser votre réclamation motivée, à la Commission compétente. (voir notice)	[redacted]
CONCLUSIONS MÉDICALES	
[redacted]	
[redacted]	
[redacted]	

¹ A la date d'effet de la rente

[redacted]