

A1



Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

Règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 (*)

INFORMATIONS À L'ATTENTION DU TITULAIRE

Ce certificat concerne la législation de sécurité sociale à laquelle vous êtes assujéti(e) et confirme que vous n'êtes pas tenu(e) de cotiser dans un autre État.

Avant de quitter l'État dans lequel vous êtes assuré(e) pour vous rendre dans un autre État pour y travailler, assurez-vous que vous êtes bien en possession des documents attestant de vos droits pour bénéficier des prestations en nature nécessaires (par exemple, soins médicaux, hospitalisation, etc.) dans l'État de travail.

- Si vous séjournez temporairement dans l'État où vous travaillez, demandez à votre institution compétente en matière de soins de santé de vous délivrer une carte européenne d'assurance maladie. Si vous avez besoin de prestations en nature durant votre séjour, vous devrez présenter cette carte au prestataire de soins.
- Si vous allez résider dans l'État où vous travaillez, demandez à l'institution compétente en matière de soins de santé de vous délivrer le document S1 et présentez-le le plus tôt possible à l'institution compétente en matière de soins de santé du lieu où vous allez travailler (**).

À titre provisoire, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, des prestations particulières seront également servies par l'institution d'assurance du pays de séjour.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE

1.1	Numéro d'identification personnel		Femme	Homme
1.2	Nom			
1.3	Prénoms			
1.4	Nom de naissance (***)			
1.5	Date de naissance	1.6	Nationalité	
1.7	Lieu de naissance			
1.8	Adresse dans l'État de résidence			
1.8.1	Rue, n°	1.8.3	Code postal	
1.8.2	Ville	1.8.4	Code du pays	
1.9	Adresse dans l'État de séjour			
1.9.1	Rue, n°	1.9.3	Code postal	
1.9.2	Ville	1.9.4	Code du pays	

2. ÉTAT MEMBRE DONT LA LÉGISLATION S'APPLIQUE

2.1	État membre	
2.2	Date de début	2.3 Date de fin
<input type="checkbox"/>	2.4 Le certificat est valable pendant toute la durée de l'activité	
<input type="checkbox"/>	2.5 Il s'agit d'une détermination provisoire	
<input type="checkbox"/>	2.6 Des dispositions transitoires s'appliquent en vertu du règlement (CE) n° 883/2004	

(*) Règlements (CE) n° 883/2004, articles 11 à 16, et (CE) n° 987/2009, article 19.

(**) Pour l'Espagne, la Suède et le Portugal, ce certificat doit être communiqué respectivement aux directions provinciales de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS), à l'Office des assurances sociales et à l'Institut de la sécurité sociale du lieu de résidence.

(***) Renseignements communiqués par le titulaire à l'institution, lorsque celle-ci n'en dispose pas.



Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

3. CONFIRMATION DE VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

- | | |
|---|--|
| 3.1 Travailleur salarié détaché | 3.2 Salarié, occupé dans deux ou plusieurs États |
| 3.3 Travailleur non salarié détaché | 3.4 Non-salarié exerçant une activité dans deux ou plusieurs États |
| 3.5 Fonctionnaire | 3.6 Agent contractuel |
| 3.7 Marin | 3.8 Salarié et non-salarié, les activités étant exercées dans des États différents |
| 3.9 Fonctionnaire dans un État et salarié/non-salarié dans un ou plusieurs autres États | 3.10 Membre d'équipage de conduite ou d'équipage de cabine |
| 3.11 Exceptions | 3.12 Activité salariée/non salariée dans l'État indiqué au point 2.1 |

4. INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR/L'ACTIVITÉ NON SALARIÉE

- | | |
|--|-----------------------------|
| 4.1.1 Travailleur salarié | 4.1.2 Activité non salariée |
| 4.2 Code de l'activité de l'employeur/de l'activité non salariée | |
| 4.3 Nom ou raison sociale | |
| 4.4 Adresse officielle | |
| 4.4.1 Rue, n° | 4.4.2 Code du pays |
| 4.4.3 Ville | 4.4.4 Code postal |

5. INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR/L'ACTIVITÉ NON SALARIÉE AU LIEU D'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ

- 5.1 Nom(s) ou raison(s) sociale(s) et code(s) de la ou des entreprises, du ou des navires ou de la ou des bases d'affectation où vous exercerez une activité salariée

Certificat concernant la législation
de sécurité sociale applicable au titulaire

5. INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR/L'ACTIVITÉ NON SALARIÉE AU LIEU D'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ

5.2 Adresse(s) ou nom(s) du ou des navires ou de la ou des bases d'affectation où vous exercerez une activité salariée ou non salariée dans le ou les États «hôte(s)»

☐ 5.3 Ou aucune adresse fixe dans l'/les Etat(s) où vous serez travailleur salarié/travailleur non salarié

6. INSTITUTION COMPLÉTANT LE FORMULAIRE

6.1 Nom

6.2 Rue, n°

6.3 Ville

6.4 Code postal

6.5 Code du pays

6.6 N° d'identification de l'institution

6.7 N° de télécopie (bureau)

6.8 N° de téléphone (bureau)

6.9 Adresse électronique

6.10 Date

6.11 Signature

CACHET

