

A1



## Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

Règlements (CE) n° 883/04 et (CE) n° 987/09 (\*)

### 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 séjournerez 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	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> 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	2.3 Date de fin
2.2 Date de début	
<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	

(\*) Règlement (CE) n° 883/2004, articles 11 à 16, et règlement (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.

A1



## Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire

### 3. CONFIRMATION DE VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

- |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3.1 Travailleur salarié détaché                                                             | <input type="checkbox"/> 3.2 Salarié, occupé dans deux ou plusieurs États                                   |
| <input type="checkbox"/> 3.3 Travailleur non salarié détaché                                                         | <input type="checkbox"/> 3.4 Non-salarié exerçant une activité dans deux ou plusieurs États                 |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Fonctionnaire                                                                           | <input type="checkbox"/> 3.6 Agent contractuel                                                              |
| <input type="checkbox"/> 3.7 Marin                                                                                   | <input type="checkbox"/> 3.8 Salarié et non-salarié, les activités étant exercées dans des États différents |
| <input type="checkbox"/> 3.9 Fonctionnaire dans un État et salarié/<br>non-salarié dans un ou plusieurs autres États | <input type="checkbox"/> 3.10 Membre d'équipage de conduite ou d'équipage de cabine                         |
|                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 3.11 Exceptions                                                                    |

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

- |                                                                  |                                                      |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4.1.1 Travailleur salarié               | <input type="checkbox"/> 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
- 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

A1



**Certificat concernant la législation  
de sécurité sociale applicable au titulaire**

**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**

SPÉCIMEN