



Aide à la détermination de la législation de sécurité sociale applicable en cas de pluriactivité selon les Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009

Ce formulaire doit être rempli lorsqu'une personne possède la nationalité CH ou d'un État de l'UE/AELE, ET

1. réside en Suisse ET
2. est active dans au moins deux États (CH, UE ou AELE) OU
3. est active dans un État (CH, UE ou AELE) et perçoit des prestations de sécurité sociale d'un autre État (CH, UE ou AELE) OU
4. exerce une activité lucrative particulière sur le territoire de différents pays (fonctionnaire, agent contractuel de l'UE, membre de l'équipage de conduite ou de cabine, marin).

Il est recommandé de transmettre le formulaire à la Caisse de compensation AVS compétente pour détermination.

Personne concernée

Numéro de sécurité sociale suisse (N° AVS) (si connu)

Nom(s)

Prénom(s) tel(s) qu'inscrit(s) à l'état civil

Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Toutes les nationalités

Complément d'adresse/case postale

Rue et n°

NPA

Localité

Pays

Tél.

Courriel

Assurance-maladie obligatoire (LAMal)

Autorisation de séjour pour les ressortissants de l'UE/AELE

L

B

G

C

Activité lucrative salariée ou indépendante (remplir une section par activité lucrative)

Activité	Salarié	Agent contractuel de l'UE
	Indépendant	Membre d'équipage de conduite ou de cabine
	Fonctionnaire ou personnel assimilé	Marin

Pays de l'activité

Employeur / entreprise

Nom de l'employeur

Personne de contact

Compléments d'adresse / case postale

Rue et n°

NPA

Localité

Pays

Taux d'occupation

moins de 5%

5% - 24%

25% ou plus

Début de la relation de travail/activité / Début de l'(auto-)emploi (jj.mm.aaaa)

Si contrat à durée déterminée, fin le (jj.mm.aaaa)

Activité lucrative salariée ou indépendante (remplir une section par activité lucrative)

Activité	Salarié	Agent contractuel de l'UE			
	Indépendant	Membre d'équipage de conduite ou de cabine			
	Fonctionnaire ou personnel assimilé	Marin			
Pays de l'activité					
Employeur / entreprise					
Nom de l'employeur					
Personne de contact					
Compléments d'adresse / case postale					
Rue et n°					
NPA	Localité				
Pays					
Taux d'occupation					
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">moins de 5%</td> <td style="text-align: center;">5% - 24%</td> <td style="text-align: center;">25% ou plus</td> </tr> </table>			moins de 5%	5% - 24%	25% ou plus
moins de 5%	5% - 24%	25% ou plus			
Début de la relation de travail/activité / Début de l'(auto-)emploi (jj.mm.aaaa)					
Si contrat à durée déterminée, fin le (jj.mm.aaaa)					

Activité lucrative salariée ou indépendante (remplir une section par activité lucrative)

Activité	Salarié	Agent contractuel de l'UE			
	Indépendant	Membre d'équipage de conduite ou de cabine			
	Fonctionnaire ou personnel assimilé	Marin			
Pays de l'activité					
Employeur / entreprise					
Nom de l'employeur					
Personne de contact					
Compléments d'adresse / case postale					
Rue et n°					
NPA	Localité				
Pays					
Taux d'occupation					
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">moins de 5%</td> <td style="text-align: center;">5% - 24%</td> <td style="text-align: center;">25% ou plus</td> </tr> </table>			moins de 5%	5% - 24%	25% ou plus
moins de 5%	5% - 24%	25% ou plus			
Début de la relation de travail/activité / Début de l'(auto-)emploi (jj.mm.aaaa)					
Si contrat à durée déterminée, fin le (jj.mm.aaaa)					

Prestations de sécurité sociale

Type et durée de la prestation. État et institution qui payent la prestation

aucune

Prestation en cas d'invalidité

Pays

Institution

Début (jj.mm.aaaa)

Fin (jj.mm.aaaa)

Prestation en cas d'accident

Pays

Institution

Début (jj.mm.aaaa)

Fin (jj.mm.aaaa)

Prestation en cas de maladie

Pays

Institution

Début (jj.mm.aaaa)

Fin (jj.mm.aaaa)

Prestation en cas de chômage

Pays

Institution

Début (jj.mm.aaaa)

Fin (jj.mm.aaaa)

Prestation en cas de maternité

Pays

Institution

Début (jj.mm.aaaa)

Fin (jj.mm.aaaa)

Autre (à préciser)

Pays

Institution

Début (jj.mm.aaaa)

Fin (jj.mm.aaaa)

Les soussignés déclarent que toutes les informations sont conformes à la réalité. Ils prennent acte que les organes compétents peuvent effectuer des contrôles en Suisse comme dans les États de l'UE ou de l'AELE et que, si les informations fournies dans cette demande ne sont pas correctes, un assujettissement à un système d'assurances sociales étranger pourra être ordonné.

Les soussignés s'engagent à informer immédiatement la caisse de compensation de toute modification de l'un des éléments indiqués dans le présent questionnaire. **Ils font en sorte que les cotisations aux assurances sociales soient prélevées en Suisse sur la totalité du salaire, qu'il soit perçu en Suisse ou dans le pays étranger.**

Information sur la protection des données :

Les informations fournies dans le présent formulaire sont utilisées par la caisse de compensation pour l'exercice de son mandat légal. Elles peuvent être saisies, enregistrées par voie électronique et utilisées dans le respect des prescriptions en matière de protection des données. Les cosignataires consentent à ce que ces données soient mises à la disposition d'un organe d'une autre assurance sociale suisse ou de toute autre institution légitimée par la loi pour garantir la bonne application des prescriptions légales.

Le salarié

Date :

Signature :

Le/les employeur(s) ou l'indépendant

Date :

Tampon et signature :