Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral des assurances sociales OFAS
Affaires internationales

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

Employeur / entreprise

Nom de l'employeur

Personne de contact

Compléments d'adresse / case postale

Rue et n°

NPA Localité

Pays

Taux d'occupation total pour cette activité ◯ moins de 5% ◯ 5% - 24.9% ◯ 25% ou plus

Lieu de travail pour cette activité (plusieurs sélections possibles)

- ☐ pays de l'employeur %
- ☐ activité dans le pays de résidence %
- ☐ télétravail dans le pays de résidence %
- ☐ autres pays % dans ces pays

Début de la relation de travail / de l'activité indépendante (jj.mm.aaaa)

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

Assurance-accidents (LAA)

Institution de prévoyance / caisse de pension (LPP)

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

Employeur / entreprise

Nom de l'employeur

Personne de contact

Compléments d'adresse / case postale

Rue et n°

NPA Localité

Pays

Taux d'occupation total pour cette activité ◯ moins de 5% ◯ 5% - 24.9% ◯ 25% ou plus

Lieu de travail pour cette activité (plusieurs sélections possibles)

- ☐ pays de l'employeur %
- ☐ activité dans le pays de résidence %
- ☐ télétravail dans le pays de résidence %
- ☐ autres pays % dans ces pays

Début de la relation de travail / de l'activité indépendante (jj.mm.aaaa)

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

Assurance-accidents (LAA)

Institution de prévoyance / caisse de pension (LPP)

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 misses 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 :