

## 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 ou à l'étranger 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).

Veuillez compléter toutes les cases et remettre le formulaire avec les pièces justificatives demandées à votre caisse AVS 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	
Ass.-maladie (si ass. étrangère joindre justif.)*				
Autorisation de séjour pour les ressortissants de l'UE/AELE			L	B
			G	C

\* En cas d'assujettissement aux assurances sociales suisses, votre droit d'option initial en matière d'assurance maladie restera inchangé

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

	Salarié	Agent contractuel de l'UE
Activité	Indépendant	Membre d'équipage de conduite ou de cabine
	Fonctionnaire ou personnel assimilé	Marin
Pays de l'activité		
Employeur / entreprise		
Raison sociale et domaine d'activité		
Numéro d'identification selon RC		
Revenu annuel (estimatif, si indépendant)		
Rue et n°		
NPA		Localité
Pays		
Taux d'occupation (%)		
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



Raison sociale et domaine d'activité

Numéro d'identification selon RC

Revenu annuel (estimatif, si indépendant)

Rue et n°

NPA

Localité

Pays

Taux d'occupation (%)

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



Raison sociale et domaine d'activité

Numéro d'identification selon RC

Revenu annuel (estimatif, si indépendant)

Rue et n°

NPA

Localité

Pays

Taux d'occupation (%)

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 (seulement si des prestations sont perçues, sinon cliquer sur "aucune")**

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 :