

Retraite



Entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française

Les formulaires nécessaires à l'obtention d'un certificat d'assujettissement, dûment remplis et signés, doivent être accompagnés d'une lettre de l'employeur de la personne détachée. Cette lettre doit mentionner le nom de la personne responsable du dossier et ses coordonnées.

Si vous avez besoin de certificats d'assujettissement **pour plusieurs personnes à détacher**, joignez à vos formulaires une liste de leurs noms complets et des périodes de détachement. Si vous êtes une travailleuse ou un travailleur autonome, vous devez nous fournir une copie de votre contrat et une lettre où figurent les coordonnées pour vous joindre.

Transmettre vos formulaires

Transmettez vos formulaires **une seule fois**, peu importe le moyen choisi, soit :

- **Par Internet :** transmettez-nous en ligne les formulaires et les documents requis à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre. Certains documents doivent être signés à la main et numérisés. Si vous détachez **plusieurs personnes**, regroupez le maximum de formulaires dans un même envoi. Conservez votre numéro de transmission comme preuve d'envoi.
- **Par la poste :** postez vos documents à cette adresse : Bureau des ententes de sécurité sociale, Retraite Québec, 1055, boul. René-Lévesque Est, 9^e étage, Montréal (Québec) H2L 4S5. Précisez l'adresse postale où vous voulez recevoir votre certificat. Si vous souhaitez l'obtenir d'une autre façon, indiquez-nous comment.

Important : Si votre dossier est incomplet, il sera retourné à la personne qui l'a expédié.

IMPORTANT
RÈGLES APPLICABLES AU DÉTACHEMENT
DANS LE CADRE D'UNE ENTENTE DE SÉCURITÉ SOCIALE

En règle générale, la personne détachée et son employeur cotisent au régime de sécurité sociale du pays où le travail est exécuté.

Par exception à cette règle, l'article 8 de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française (l'Entente) prévoit qu'une personne qui est détachée en France par son employeur du Québec peut, **à certaines conditions** :

- 1) continuer à cotiser au Régime de rentes du Québec (RRQ); et
- 2) être exemptée de verser les cotisations à la Sécurité sociale française.

Conditions

- 1) Avant son départ du Québec, la personne détachée doit être assujettie à la législation québécoise en matière de pensions, de lésions professionnelles et d'assurance maladie, hospitalisation et autres services de santé.
- 2) La personne est affectée **temporairement** en France.
- 3) L'employeur québécois conserve un lien de subordination avec cette personne, c'est-à-dire qu'il peut la rappeler, la muter, la suspendre, etc.
- 4) L'employeur doit avoir un établissement au Québec.

Procédure

Lorsque la personne détachée et l'employeur satisfont aux conditions énumérées ci-dessus, l'employeur peut demander la délivrance d'un **certificat d'assujettissement** pour la durée de la période prévue à l'entente, pour un détachement en France. Au-delà de cette période, la délivrance d'un nouveau certificat requiert l'approbation préalable des autorités françaises.

Formulaires

- 1) Le **Certificat d'assujettissement**, dont l'original, lorsqu'il est délivré, doit être remis à la personne détachée. Il constitue la preuve pour l'administration française que l'employeur et la personne détachée n'ont pas à cotiser à la Sécurité sociale française, puisque la personne détachée est demeurée assujettie à la législation québécoise en matière de pensions, de lésions professionnelles et d'assurance maladie, hospitalisation et autres services de santé; il permet également à la personne détachée d'obtenir d'une caisse française d'assurance maladie (CPAM) le remboursement de soins de santé reçus en France, qu'il s'agisse de soins généraux ou de soins liés à un accident du travail.
- 2) La **Déclaration de l'employeur pour la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française**, dans laquelle l'employeur s'engage à verser les cotisations au RRQ et au Fonds des services de santé (FSS). Dans le cadre de l'Entente, l'employeur doit aussi continuer à verser les cotisations à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).
- 3) La **Déclaration du travailleur pour la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française**, qui engage la responsabilité de la travailleuse salariée ou du travailleur salarié ou autonome.
- 4) L'**Autorisation à la transmission de renseignements nominatifs pour la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente entre le Québec et la France**, qui permet l'échange de renseignements entre les organismes et ministères concernés.

Remises et relevé 1

Que le salaire soit versé à partir du Québec ou de la France :

- 1) L'employeur doit effectuer les remises prévues par le RRQ à Revenu Québec au moyen du formulaire TPZ-1015 approprié, en indiquant le nom et le numéro de retenue à la source de l'employeur québécois. Par ailleurs, les cotisations au FSS et à la CNESST doivent être basées sur une masse salariale comprenant le salaire de la personne détachée.
- 2) Il est obligatoire de produire un relevé 1 pour la personne détachée, pour chaque année fiscale, comme suit :
 - a) dans la **case A**, inscrivez le salaire en dollars canadiens (après la conversion du montant du salaire versé en euros, s'il y a lieu);
 - b) dans la **case B**, inscrivez le montant de la cotisation au RRQ;
 - c) dans la **case G**, inscrivez le salaire admissible à la cotisation au RRQ;
 - d) dans un espace libre, indiquez : « selon l'entente de sécurité sociale entre le Québec et la France ».

Pour toute question relative aux remises ou au détachement dans un pays n'ayant pas signé d'entente de sécurité sociale avec le gouvernement du Québec, téléphonez à Revenu Québec, de Montréal au 514 873-4692 ou d'ailleurs au 1 800 567-4692, ou au bureau régional de la CNESST, selon le cas. La liste des pays qui ont signé une entente de sécurité sociale avec le Québec est disponible à retraitequebec.gouv.qc.ca.

PROCÉDURE CONCERNANT L'ASSUJETTISSEMENT

Seuls les documents portant une **signature originale** pourront être traités. En conséquence, veuillez ne pas les transmettre par courrier électronique, mais plutôt par la poste.

Procédure :

1. L'employeur remplit les documents suivants :

- Le *Certificat d'assujettissement* SE 401-Q-201. À la réception du certificat d'assujettissement délivré, **annexez les instructions à l'original et remettez les deux documents à l'employé**. Si la situation qui vous concerne ne correspond à aucune de celles décrites dans le tableau ci-dessous, veuillez communiquer avec nous.

Situation	Case à cocher
Un employeur du Québec qui détache un employé salarié : - pour une période initiale ne dépassant pas trois ans; ou - pour une prolongation à l'intérieur d'une période totale de détachement ne dépassant pas la limite de 3 ans.	A
Une personne qui exerce habituellement une activité professionnelle au Québec comme travailleur autonome (sans être incorporé), qui se rend en France pour exercer la même activité et qui percevra des honoraires (par opposition à un salaire). Limite de 1 an .	B
Un travailleur autonome selon la législation québécoise et considéré comme étant salarié par la législation française. Exemple : Les artistes autonomes québécois pour lesquels il n'existe ni employeur, ni promoteur qui prélève de cotisations à la source. Limite de 3 mois. Vous devrez cocher la case « salarié » à la section 3.	C
Un employeur du Québec qui détache un employé salarié : - pour une période initiale supérieure à 3 ans; ou - pour une prolongation au-delà d'une période globale de 3 ans.	D
Un employé travaillant pour le gouvernement du Québec.	E
Une situation qui ne correspond à aucune des précédentes et qui justifierait de faire exception à la règle générale de l'assujettissement au régime de sécurité sociale du lieu de travail.	F

- La *Déclaration de l'employeur pour la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française*.

Veuillez noter que, si le détachement fait l'objet d'un contrat particulier entre l'employeur et la personne détachée, vous devez **absolument joindre une copie du contrat** confirmant la relation employeur-employé. De plus, la date de début de détachement en France ne peut pas précéder la date d'embauche inscrite au contrat, et la date de fin de détachement ne peut pas non plus être postérieure à la date de fin de contrat.

Suite au verso

2. L'employé prend connaissance du document *Renseignements destinés aux travailleurs concernant les demandes de certificats d'assujettissement* et remplit les documents suivants :

- La *Déclaration du travailleur pour la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française*.
- L'*Autorisation à la transmission de renseignements nominatifs pour la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'entente entre le Québec et la France*. Cette autorisation doit également être signée par le conjoint qui accompagne la personne détachée, le cas échéant.

3. L'employeur transmet tous les documents.

Une fois remplis, ces documents, accompagnés d'une lettre de l'employeur précisant le nom de la personne responsable du dossier, sont acheminés à l'adresse suivante :

Bureau des ententes de sécurité sociale
Retraite Québec
1055, boulevard René-Lévesque Est, 9^e étage
Montréal (Québec) H2L 4S5

4. Le certificat est délivré.

Lorsque le certificat d'assujettissement est délivré, l'original et la note d'information concernant la protection maladie-hospitalisation pendant le séjour en France sont transmis à l'employeur, qui doit les remettre à la personne détachée. Dans le cas d'un refus, l'employeur en est informé par courrier.

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Aucune page ne peut être supprimée.

Au Québec : l'employeur ou la personne non salariée doit remplir les sections 1 à 4 du formulaire et retourner ce dernier à l'organisme chargé de délivrer le certificat. Sur approbation, le formulaire est transmis au demandeur et au CLEISS.

En France : la caisse compétente remplit le formulaire à la demande de l'employeur ou du travailleur non salarié. La caisse compétente est celle dont relève le travailleur salarié ou le travailleur non salarié ou, pour les salariés du régime général, la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise dont dépend le travailleur. La caisse remet l'original au demandeur et en transmet une copie à Retraite Québec – Bureau des ententes de sécurité sociale.

Dans les cas visés en D et F, l'approbation préalable de l'organisme de liaison du pays d'accueil est requise.

DURÉE POSSIBLE D'EXEMPTION SELON LA SITUATION

N'est pas assujettie au régime de sécurité sociale du pays du lieu de travail temporaire :

- A) la personne salariée détachée pour une période maximale de 3 ans;
- B) la personne qui y travaille dans le cadre de son activité non salariée habituelle pour une période maximale de 1 an;
- C) la personne qui exerce une activité reconnue comme non salariée sur un territoire et salariée sur l'autre ou vice versa, pour une période inférieure à 3 mois;
- D) la personne salariée détachée pour une durée initiale ou une prolongation au-delà de 3 ans;
- E) la personne occupant un emploi d'État (tant que la personne occupe cet emploi);
- F) la personne bénéficiant d'une dérogation exceptionnelle pour une durée déterminée ou non.

PROTECTION MALADIE, MATERNITÉ ET HOSPITALISATION ⁽¹⁾

La personne assurée désignée au cadre 1 peut bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et hospitalisation sur le territoire de travail temporaire, pour elle-même, son conjoint et les personnes à charge ou les membres de la famille qui l'accompagnent.

Au Québec, elles doivent s'inscrire au préalable à la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'aide du formulaire d'inscription prévu à cet effet, en y joignant ce formulaire ainsi que l'original du document d'autorisation délivré par les autorités canadiennes de l'immigration ou des affaires étrangères lorsqu'il s'agit d'un emploi d'État (visa d'acceptation et carte d'accréditation). Lors de l'inscription, ces personnes peuvent adhérer au régime général d'assurance médicaments, sans y verser de prime, si elles démontrent qu'elles n'ont pas accès au Québec à aucun régime d'assurance collectif prévoyant le remboursement des frais relatifs aux médicaments.

Il appartient au travailleur susceptible de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité d'adresser, dans les 48 heures, l'avis d'arrêt de travail ou les prolongations éventuelles directement à l'institution française d'affiliation.

En France, la personne assurée doit présenter ce formulaire à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu de sa résidence temporaire, afin d'obtenir le remboursement des frais engagés. Cette caisse peut demander d'autres documents (tels que copie de pièce d'état civil, relevé d'identité bancaire, etc.). Conformément aux dispositions de l'article 15 §2 de l'arrangement administratif, cette caisse doit signaler à l'organisme de liaison québécois l'inscription du travailleur en remplissant la fiche annexée.

(1) Les institutions françaises et québécoises ne sont tenues au remboursement des frais encourus sur leur territoire que dans la mesure où les intéressés se seront adressés à elles avant la fin de leur séjour de travail sur ce territoire.

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (AT/MP)

Pour bénéficier de prestations en cas d'accident du travail sur le territoire de travail temporaire, la victime :

- affiliée au régime québécois doit présenter une réclamation à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);
- affiliée au régime français est tenue d'en informer son employeur par lettre recommandée et de présenter à sa caisse d'affiliation, dans les 48 heures, un avis d'arrêt de travail.

L'institution d'affiliation délivre, sur avis favorable, une attestation SE 401-Q-211 concernant les prestations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et la transmet au travailleur en vue de lui permettre de bénéficier des prestations en nature (soins et remboursements) sur le territoire de travail temporaire. Les prestations en espèces (indemnités) sont versées directement par l'institution d'affiliation.

Attention : ces dispositions ne s'appliquent pas aux travailleurs non salariés maintenus au régime français, car ils ne sont pas couverts à titre obligatoire par une assurance accidents du travail – maladies professionnelles, à moins qu'ils n'aient souscrit à l'assurance volontaire (art. L743-1 du Code de la sécurité sociale) auprès de la CPAM.

PRESTATIONS FAMILIALES

(concerne uniquement le travailleur maintenu au régime français)

S'il est maintenu au régime français, le travailleur est admissible aux prestations familiales suivantes, pour les enfants l'ayant accompagné, rejoint ou nés durant la période de détachement : allocations familiales et prime à la naissance ou à l'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant.

CONDITIONS

Les conditions prévues dans l'Entente et dans les législations concernées doivent être respectées par les employeurs, les employés et les travailleurs non salariés. Le défaut de respecter ces conditions peut entraîner un refus de prestations ou l'obligation de rembourser ces dernières.

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT

- A) ☐ Détachement (Article 8-1 de l'Entente)
- B) ☐ Activité non salariée (inclut l'activité du travailleur autonome) (Article 7-1 de l'Entente)
- C) ☐ Double activité (Article 7-2 de l'Entente)
- D) ☐ Détachement initial ou prolongation au-delà de 3 ans (Article 8-2 de l'Entente)
- E) ☐ Emploi d'État (Article 12-1 de l'Entente)
- F) ☐ Dérogation exceptionnelle (Article 13 de l'Entente)

1 PERSONNE ASSURÉE

1.1	_____	1.2	_____	1.3	_____
	Nom		Prénoms		Nom à la naissance (si différent)
1.4	_____	1.5	Sexe ☐ M ☐ F	1.6	_____
	Date de naissance				Courriel
1.7	_____				
	Adresse personnelle dans l'État d'affiliation				
1.8	_____				
	Adresse personnelle sur le territoire de travail temporaire (si connue)				
1.9	_____	1.10	_____	1.11	_____
	N° d'assurance sociale (Canada)		N° de sécurité sociale (France)		N° d'assurance maladie (Québec)

2 PERSONNES À CHARGE QUI ACCOMPAGNENT LA PERSONNE ASSURÉE

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec la personne assurée	N° d'assurance maladie (Québec)
		année mois jour		

3 SITUATION

3.1 La personne assurée désignée au cadre 1 exercera une activité professionnelle

☐ Salariée

☐ Non salariée

☐ Emploi d'État

3.2 à titre de (spécifier l'activité) _____

3.3 pour la période du _____ au _____.

4 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR OU L'ACTIVITÉ NON SALARIÉE

4.1	_____ Nom ou raison sociale de l'employeur ou siège de l'activité non salariée dans l'État d'affiliation	
4.2	_____ Adresse	
4.3	_____ Nom ou raison sociale de l'établissement d'accueil sur le territoire de travail temporaire	
4.4	_____ Adresse	
4.5	Pour le Québec :	Pour la France :
	_____ Numéro d'employeur au Québec (NEQ)	_____ N° SIREN/ SIRET de l'employeur
	_____ Numéro d'entité légale de l'entreprise (ENL)	_____ Code APE

5 À REMPLIR PAR L'ORGANISME QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

La personne désignée au cadre 1 demeure assujettie à la législation

☐ Québécoise

☐ Française

en vertu de l'Entente pour la période du _____ au _____.

Dénomination de l'organisme

N° de dossier _____

**Référence de l'accord
donné par l'organisme
de liaison du pays
d'accueil dans les cas
visés en D) ou F)** _____

Date

Signature

CACHET

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT
ANNEXE À REMPLIR PAR LA CPAM*(Article 15, par. 2 de l'Arrangement administratif)***1 PERSONNE ASSURÉE**

1.1 _____ 1.2 _____ 1.3 _____
Nom Prénoms Nom à la naissance (si différent)

1.4 _____ 1.5 Sexe ☐ M ☐ F 1.6 _____
Date de naissance Courriel

1.7 _____
Adresse personnelle dans l'État d'affiliation

1.8 _____
Adresse personnelle sur le territoire de travail temporaire (si connue)

1.9 _____ 1.10 _____ 1.11 _____
N° d'assurance sociale (Canada) N° de sécurité sociale (France) N° d'assurance maladie (Québec)

La personne mentionnée au cadre 1 est inscrite auprès de l'organisme ci-après identifié.

2 À REMPLIR PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Dénomination de l'organisme

N° de dossier _____

CACHET

Date _____

Signature _____

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR POUR LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT
D'ASSUJETTISSEMENT DANS LE CADRE DE L'ENTENTE
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
ET LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

(DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR AU QUÉBEC)

1. EMPLOYEUR AU QUÉBEC

Nom ou raison sociale

Numéro d'entreprise au Québec (NEQ)Nature de l'activité

La personne suivante, _____, est détachée
(prénom et nom)

pour la période du _____ au _____
(année-mois-jour)(année-mois-jour)

A) ☐ à titre de travailleur salarié. OU B) ☐ à titre de travailleur autonome considéré au service de l'entreprise ci-dessus,
selon l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2. ÉTABLISSEMENT À L'ÉTRANGER

La personne mentionnée dans la section 1 travaillera pour l'établissement ci-après :

Nom ou raison sociale

Adresse

Je déclare que la personne susmentionnée travaille ou est considérée comme travaillant pour l'entreprise inscrite dans la section 1 depuis le _____ (année-mois-jour). Je m'engage à maintenir un lien de subordination avec cette personne tout au long de la période de détachement prévue. Advenant un bris de ce lien, j'en informerai immédiatement par écrit le **Bureau des ententes de sécurité sociale**.

Si 1A) est coché : Je confirme que je participe actuellement aux différents régimes québécois de sécurité sociale visés à l'Entente et je m'engage à continuer de verser les cotisations exigibles au regard :

- du Régime de rentes du Québec;
- du Fonds des services de santé;
- de la prime d'assurance relative à la santé et à la sécurité du travail.

Si 1B) est coché : Je confirme que l'entreprise désignée dans la section 1 est inscrite à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et s'engage à verser les cotisations exigibles au regard de la prime d'assurance relative à la santé et à la sécurité du travail.

Je déclare avoir un établissement au Québec au sens des législations visées à l'Entente.

Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques. Je reconnais que toute fausse déclaration peut affecter les droits de la personne détachée et de l'employeur et peut engager leur responsabilité.

EMPLOYEUR AU QUÉBEC

Nom et fonction de la personne dûment autorisée à faire la présente déclaration

Numéro de téléphoneCourriel

CACHET

SignatureDate

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX TRAVAILLEURS CONCERNANT LES DEMANDES DE CERTIFICATS D'ASSUJETTISSEMENT

(À CONSERVER PAR LE TRAVAILLEUR)

Si la demande est acceptée, le Bureau des ententes de sécurité sociale (BESS) délivre un certificat d'assujettissement, qui est transmis à l'employeur ou au travailleur autonome.

Afin de bien comprendre la portée administrative et juridique d'un certificat d'assujettissement, voici un aperçu des conditions qui doivent être satisfaites pour l'obtenir et en maintenir la validité.

1. Accidents du travail et maladies professionnelles (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST])

- L'employeur doit avoir une existence légale au Québec.
- L'employeur doit être inscrit à la CNESST et être en règle auprès de celle-ci.
- L'employeur doit avoir un établissement au Québec, au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) et de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST).
- Le travailleur doit avoir son domicile au Québec au moment de quitter le Québec pour exercer son activité professionnelle à l'étranger.
- Le lien de subordination entre l'employeur du Québec et la personne détachée doit exister au moment du détachement et être maintenu tout au long du détachement.

Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite, le certificat ne peut pas être délivré. Par ailleurs, toutes les conditions énumérées ci-dessus doivent continuer d'être satisfaites pendant toute la durée du détachement, à défaut de quoi la protection en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ne sera plus possible, et le certificat deviendra sans effet à ce chapitre.

De plus, si la personne détachée subit une lésion professionnelle pendant son détachement, la CNESST (chargée d'appliquer la LATMP et la LSST) vérifiera, dans le cadre du processus d'admissibilité de la réclamation, le respect des conditions applicables. Si elles ne sont pas respectées, la demande sera refusée, aucune indemnité ne sera versée et, toutes les conditions de délivrance du certificat n'étant plus satisfaites, le certificat sera annulé, selon le cas.

2. Assurance maladie et assurance hospitalisation (Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ])

- La personne détachée ou travaillant à son compte ainsi que les personnes à sa charge qui l'accompagnent doivent avoir leur domicile au Québec au moment où la demande de certificat d'assujettissement est faite et doivent maintenir ce domicile pendant toute la durée du certificat.
- Le conjoint qui accompagne la personne détachée peut être un conjoint marié ou de fait, de même sexe ou de sexe opposé.
- Les **enfants** qui accompagnent la personne détachée peuvent être inscrits sur le certificat jusqu'à ce qu'ils atteignent **18 ans**.
- Les personnes dont les noms sont inscrits sur le certificat doivent résider au Québec au moment où la demande de certificat initial est faite et doivent détenir une carte d'assurance maladie du Québec valide.

La personne détachée ou travaillant à son compte qui aurait bénéficié, pour elle-même ou pour l'une des personnes dont le nom est inscrit sur le certificat, de prestations en matière de santé à l'étranger sous couvert d'un certificat d'assujettissement ayant perdu sa validité, sera tenue d'en rembourser le coût à la RAMQ, dans la mesure où cette perte de validité peut lui être imputable.

La délivrance d'un certificat d'assujettissement ne constitue pas une garantie de prise en charge des soins de santé ou des prestations en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le défaut pour l'employeur ou la personne assujettie de satisfaire aux conditions prévues par les législations concernées pourrait entraîner un refus de prise en charge par les institutions québécoises compétentes.

DÉCLARATION DU TRAVAILLEUR POUR LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT
D'ASSUJETTISSEMENT DANS LE CADRE DE L'ENTENTE
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
ET LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Je soussigné ou soussignée, _____, déclare ce qui suit :
(prénom et nom en lettres moulées)

DOMICILE (Veuillez remplir la section qui s'applique à votre situation.)

Pour une demande de certificat initial J'ai mon domicile¹ au Québec : ☐ oui ☐ non Mon adresse au Québec est : _____ (adresse complète)	Pour toute autre demande de certificat J'ai toujours mon domicile au Québec : ☐ oui ☐ non Mon adresse actuelle à l'étranger est : OU Mon adresse actuelle au Québec est : _____ (adresse complète)
---	---

STATUT

Je détiens une carte d'assurance maladie du Québec valide : ☐ oui ☐ non

Personne salariée ou considérée au service d'un employeur A) ☐ Je travaille pour OU B) ☐ Je travaille à mon compte, mais je suis considéré ou considérée, en vertu de l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, au service de (Note pour les artistes autonomes : si vous cochez B, ne cochez pas D.) : Nom de l'entreprise _____ depuis le _____ (année-mois-jour) à son établissement situé au : _____ (adresse complète) Je suis un administrateur ou une administratrice de cette entreprise, qui me détache : ☐ oui ☐ non C) ☐ J'ai été élu ou élue à la présidence, à la vice-présidence, à la trésorerie ou au secrétariat.
Personne travaillant à son compte D) ☐ Je suis un travailleur ou une travailleuse autonome. ----- Si vous avez coché C ou D, veuillez également cocher E ou F selon votre situation. E) ☐ Je suis inscrit ou inscrite à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), je bénéficie d'une protection personnelle depuis le _____ (année-mois-jour) et je m'engage à la conserver pour toute la durée de l'activité professionnelle que j'exercerai dans le pays de destination. F) ☐ Je ne suis pas inscrit ou inscrite à la CNESST et je n'entends pas le faire.

ENGAGEMENT

- J'ai pris connaissance du document intitulé *Renseignements destinés aux travailleurs concernant les demandes de certificats d'assujettissement*.
- Je m'engage à informer le **Bureau des ententes de sécurité sociale (BESS)** de tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente déclaration ou sur le certificat d'assujettissement délivré sur la base de la présente déclaration et de celle de l'employeur, le cas échéant.
- Je reconnais que tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente déclaration ou dans celle de l'employeur peut affecter mes droits et obligations, et faire en sorte que je ne sois plus assujetti ou assujettie à la législation québécoise visée dans l'entente de sécurité sociale et, par conséquent, que je ne puisse plus bénéficier des droits ni des prestations prévus par cette législation.
- Si je suis un travailleur ou une travailleuse autonome, je m'engage à verser les cotisations dues compte tenu de ma situation, en vertu de la législation visée dans l'entente de sécurité sociale.

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront vérifiés de façon ponctuelle et, dans tous les cas, lors du dépôt d'une réclamation à la CNESST ou à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU LE DÉFAUT D'INFORMER, COMME IL EST EXIGÉ CI-DESSUS, LE BESS DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION POURRA AFFECTER MES DROITS.

EN FOI DE QUOI, JE SIGNE À _____ le _____.

(ville) (date)

(signature)

1. Le domicile d'une personne, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu de son principal établissement (Code civil du Québec, article 75). La résidence d'une personne est le lieu où elle demeure de façon habituelle; en cas de pluralité de résidences, on considère, pour l'établissement du domicile, celle qui a le caractère principal (Code civil du Québec, article 77).

**AUTORISATION À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS NOMINATIFS POUR LA
DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT DANS LE CADRE DE L'ENTENTE
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET
LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Autorisation de la personne détachée

Je soussigné ou soussignée, _____, autorise le Bureau des ententes de sécurité sociale, le ministère des Relations internationales et de la Francophonie, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, Retraite Québec, Revenu Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mon employeur, s'il y a lieu, ainsi que l'organisme compétent du pays d'accueil à échanger entre eux les renseignements me concernant qui sont nécessaires à la délivrance de mon certificat d'assujettissement et à l'application des droits qui en découlent. La présente autorisation est valide à compter de la date de signature, et ce, tant que le certificat sera en vigueur, y compris toute prolongation, le cas échéant.

Signée à _____, ce _____^e jour de _____ 20____

(signature)

Autorisation du conjoint de la personne détachée

Je soussigné ou soussignée, _____, autorise le Bureau des ententes de sécurité sociale, le ministère des Relations internationales et de la Francophonie, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, Retraite Québec, Revenu Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'employeur de mon conjoint, s'il y a lieu, ainsi que l'organisme compétent du pays d'accueil à échanger entre eux les renseignements me concernant qui sont nécessaires à la délivrance du certificat d'assujettissement de mon conjoint et à l'application des droits qui en découlent. La présente autorisation est valide à compter de la date de signature, et ce, tant que le certificat sera en vigueur, y compris toute prolongation, le cas échéant.

Signée à _____, ce _____^e jour de _____ 20____

(signature)

Autorisation pour les personnes à charge

Je soussigné ou soussignée, _____, autorise le Bureau des ententes de sécurité sociale, le ministère des Relations internationales et de la Francophonie, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, Retraite Québec, Revenu Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mon employeur, s'il y a lieu, ainsi que l'organisme compétent du pays d'accueil à échanger entre eux les renseignements concernant les personnes mineures à ma charge, dont les noms figurent sur le certificat d'assujettissement ci-joint, qui sont nécessaires à la délivrance de mon certificat d'assujettissement et à l'application des droits qui en découlent. La présente autorisation est valide à compter de la date de signature, et ce, tant que le certificat sera en vigueur, y compris toute prolongation, le cas échéant.

Signée à _____, ce _____^e jour de _____ 20____

(signature)

**Prolongation ou dérogation exceptionnelle
de détachement dans le cadre d'un accord bilatéral**
Demande d'informations complémentaires

Veillez à compléter toutes les rubriques et à fournir les documents requis dans **un délai maximum de deux mois**. À défaut, la demande de maintien d'affiliation de votre salarié à son régime habituel de sécurité sociale sera refusée. Les cotisations sociales devront être versées auprès du régime obligatoire français.

Référence du dossier :

Travailleur

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Nationalité :

N° d'identification personnel :

Adresse habituelle :

Adresse en France :

Régime de sécurité sociale dont relève le travailleur :

Rattachement à ce régime depuis au moins un mois : ☐ oui ☐ non

Fonctions exercées dans l'État habituel d'emploi :

Nature du contrat de travail dans l'État habituel d'emploi :

☐ Période visée si contrat à durée déterminée : du / / au / /

☐ Date de début si contrat à durée indéterminée : / /

Employeur effectuant la demande

Nom ou raison sociale :

Adresse : Pays :

Personne en charge du dossier : Adresse mail :

Secteur d'activité : ☐ transports ☐ bâtiment Travaux Publics ☐ agence de placement ☐ agriculture
☐ autres (à préciser) :

Code de l'activité de l'entreprise :

Effectifs de salariés : Effectifs de salariés détachés :

Établissement / lieu où est exercée l'activité en France

Raison sociale :

Adresse : Pays :

Secteur d'activité : ☐ transports ☐ bâtiment travaux publics ☐ agence de placement ☐ agriculture
☐ autres (à préciser) :

Code de l'activité de l'entreprise (Siret, Siren, RCS) :

Effectifs de salariés : Effectifs de salariés détachés :

Existence d'un contrat de travail liant le travailleur à l'établissement français :

☐ oui (joindre une copie du contrat) ☐ non (joindre une copie l'avenant de détachement)

Nature de la mission à réaliser

Fonctions exercées par le travailleur :

Nouvelle période demandée : du / / au / /

Date de début de la mission en France : / /

En cas de prolongation d'une mission en cours, précisez les périodes obtenues (joindre la ou les copies) :

du / / au / /

du / / au / /

du / / au / /

Brève description de la mission :

.....

.....

.....

Date d'achèvement prévu de la mission en France : / /

Perspectives professionnelles du travailleur :

.....

.....

Informations complémentaires

S'agit-il d'une mission au titre de la mobilité intragroupe ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez détailler le parcours professionnel du travailleur depuis son embauche au sein du groupe :

.....

.....

.....

S'agit-il de l'exécution d'un contrat de prestation de services ? ☐ Oui (joindre la copie du contrat) ☐ Non

Salaires versés par : ☐ l'employeur habituel ☐ l'entreprise d'accueil ☐ les deux

Contrôle du salarié et autorité exercés par : ☐ l'employeur habituel ☐ l'entreprise d'accueil ☐ les deux

Fait à

Le / /

Cachet de l'entreprise et signature

Formulaire à renvoyer

par mail : derogations-mobilite-internationale@urssaf.fr

ou par voie postale : Urssaf Île-de-France – DLA – TSA 10012 – 93517 Montreuil cedex