

Entente Québec / France en matière de sécurité sociale

Vous devez nous faire parvenir chacun des formulaires dûment remplis ainsi qu'une lettre de l'employeur indiquant la personne responsable du dossier.

Si vous êtes travailleur autonome, vous devez nous fournir une lettre nous indiquant un numéro de téléphone où l'on peut vous joindre. Vous n'êtes pas tenu de remplir la déclaration de l'employeur, sauf si vous êtes incorporé.

Important : tout dossier incomplet sera retourné à l'expéditeur.

Procédures concernant l'assujettissement

La marche à suivre :

1. L'employeur remplit les documents suivants :

- Le certificat d'assujettissement SE 401-Q-201 en **2 exemplaires** (voir le guide pour savoir comment le compléter). **Sur réception du certificat d'assujettissement délivré, annexer les instructions à l'original et remettre à l'employé.** Si la situation qui vous intéresse ne correspond à aucune de celles décrites dans le guide, veuillez communiquer avec nous.
- la déclaration de l'employeur relative à la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale.

Veillez noter que si le détachement fait l'objet d'un contrat spécifique entre l'employeur et l'employé(e) détaché(e), vous devez **absolument joindre une copie du contrat** confirmant la relation employeur/employé(e). De plus, la date de début de détachement en France ne peut précéder la date d'embauche inscrite au contrat ni la date de fin de détachement être postérieure à la date de fin de contrat.

2. Le travailleur prend connaissance du document « Informations relatives aux travailleurs concernant les demandes de certificats d'assujettissement » et remplit les documents suivants :

- La déclaration du travailleur relative à la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale;
- l'autorisation de transmission de renseignements nominatifs relativement à la délivrance d'un certificat d'assujettissement demandé dans le cadre de l'Entente Québec/France.

3. Transmission

Une fois remplis, ces documents accompagnés d'une lettre de l'employeur précisant le nom de l'interlocuteur du dossier, sont acheminés au :

**Bureau des ententes de sécurité sociale
Régie des rentes du Québec
1055, René-Lévesque Est, 13e étage
Montréal (Québec) H2L 4S5**

4. Délivrance du certificat

Lorsque délivré, l'original du certificat est dorénavant transmis directement à l'employé(e) et une copie à l'employeur. Une note d'information concernant la protection maladie-hospitalisation pendant le séjour en France est également transmise à l'employé(e). En cas de refus, l'employé(e) et l'employeur sont informés par courrier.

GUIDE POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE D'ASSUJETTISSEMENT SE 401-Q-201

Cases à cocher A) à E)

Situation	Case à cocher
Un employeur du Québec qui détache un employé ¹ salaré : - 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 travaille habituellement au Québec comme autonome (sans être incorporée), qui se rend en France 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 considéré comme salarié par la législation française (ou vice versa) ex : les artistes autonomes québécois pour lesquels il n'existe ni employeur, ni promoteur qui prélève de cotisations à la source. Limite de 3 mois .	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
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.	E

Cadre 1

- 1.1 Nom de famille d'usage
- 1.2 Prénom d'usage
- 1.3 Nom à la naissance, si différent (femme mariée)
- 1.6 Adresse **résidentielle** (pas de casier postal) du travailleur au Québec au moment du départ pour la France. (Cette adresse sera celle utilisée pour correspondre avec le travailleur lors d'un détachement initial.)
- 1.7 Adresse **résidentielle** du travailleur en France (l'indiquer si connue. Elle servira à l'envoi de correspondance en cas de prolongation de détachement)
- 1.8 Le numéro d'assurance sociale au Canada est obligatoire dans tous les cas
- 1.9 Le numéro de sécurité sociale français devrait être fourni lors d'une demande de prolongation
- 1.10 Le numéro d'assurance maladie est obligatoire dans tous les cas

Cadre 2

Le conjoint peut être un conjoint marié ou de fait, de même sexe ou de sexe opposé.
Les **enfants** peuvent être inscrits sur le certificat jusqu'à **concurrence maximale de l'âge de 18 ans**
Pour chacune des personnes à charge, le **numéro d'assurance maladie est obligatoire**
Ne pas inscrire les personnes qui n'accompagnent que momentanément le travailleur

Cadre 3

- 3.1 Cocher *salarée* ou *non salarée (autonome)* en fonction de la situation de travail en **France**
par ex : l'artiste autonome du Québec qui se rend travailler en France y exercera une activité **salarée**, car pour la législation française tous les artistes de la scène sont des salariés.
- 3.2 Indiquer le genre d'activité qui sera exercée en France ex : directeur de projet en ingénierie civile
- 3.3 Indiquer la période demandée sans excéder la période prévue au contrat, le cas échéant, ni la durée limite permise selon la situation cochée. (voir le tableau ci-dessus)

Cadre 4

- 4.1 Nom de l'**entreprise québécoise** de rattachement ou nom sous lequel un travailleur autonome exerce son activité
- 4.2 Adresse civique (pas de casier postal) de l'entreprise située au **Québec** ou adresse à partir de laquelle un travailleur autonome gère son activité
- 4.3 Nom de l'entreprise française auprès de laquelle le travailleur est détaché ou lieu des représentations
- 4.4 Adresse civique de l'entreprise française identifiée à 4.3

Cadre 5

CE CADRE EST RÉSERVÉ À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU DES ENTENTES DE SÉCURITÉ SOCIALE

¹ L'emploi de la forme masculine est uniquement dans le but d'alléger le texte

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT

- A) Détachement (*Article 8-1 de l'Entente*)
 B) Activité non salariée (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) Dérogation exceptionnelle (*Article 13 de l'Entente*)

1 PERSONNE ASSURÉE

1.1	_____	1.2	_____	1.3	_____
	Nom		Prénom(s)		Nom à la naissance si différent
1.4	_____	1.5	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Date de naissance				
1.6	_____				
	Adresse personnelle dans l'État d'affiliation				
1.7	_____				
	Adresse personnelle sur le territoire de travail temporaire (si connue)				
1.8	_____	1.9	_____	1.10	_____
	N° d'assurance sociale (Canada)		N° de sécurité sociale (France)		N° d'assurance maladie (Québec)
1.11	_____				
	N° d'employeur au Québec (NEQ)				

2 PERSONNE(S) À CHARGE QUI ACCOMPAGNE(NT) LA PERSONNE ASSURÉE

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	N° d'assurance maladie (Québec)

3 SITUATION

3.1	La personne assurée identifiée au cadre 1 exercera une activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Salariée
		<input type="checkbox"/> Non salariée (autonome)
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 (AUTONOME)

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

5 À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

La personne visée 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 E)** _____

Cachet

_____ Date

_____ Signature

INSTRUCTIONS

(ce formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie)

Au Québec : l'employeur ou la personne non salariée doit compléter 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 à la personne assurée avec copie à l'employeur, le cas échéant.

En France : la caisse dont relève le travailleur salarié ou le travailleur non salarié ou, en ce qui concerne les salariés du régime général, la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise dont dépend le travailleur, remplit le formulaire, à la demande de l'employeur ou du travailleur non salarié, remet l'original au demandeur et en transmet une copie à l'organisme de liaison du Québec.

Dans les cas visés en D et E, 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 (autonome) 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 bénéficiant d'une dérogation exceptionnelle pour une durée déterminée ou non.

PROTECTION MALADIE, MATERNITÉ ET HOSPITALISATION ⁽¹⁾

La personne assurée visée au cadre 1 peut bénéficier des prestations en NATURE (soins et remboursements) de l'assurance maladie, maternité et hospitalisation sur le territoire de travail temporaire, pour elle-même et les personnes à charge qui l'accompagnent.

Au Québec, elles doivent s'inscrire au préalable à la Régie de l'assurance maladie du Québec en présentant ce formulaire afin d'obtenir une carte d'assurance maladie.

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. Conformément aux dispositions de l'article 15 §2 de l'arrangement administratif, cette caisse doit signaler à l'organisme québécois l'inscription du travailleur en complétant la fiche annexée.

Les prestations en ESPÈCES sont versées directement par l'institution d'affiliation et ce, dans la mesure où le travailleur lui transmet l'avis initial ou de prolongation d'arrêt de travail dans les délais prévus.

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (ATMP)

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

- demeurée affiliée au régime québécois, doit adresser une réclamation à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), à l'attention du Secrétariat général ;
- demeurée 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 de l'assurance accidents du travail 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.

PRESTATIONS FAMILIALES

Les enfants qui accompagnent la personne assurée par le régime québécois conservent le droit aux allocations familiales du Québec s'ils satisfont aux conditions prévues dans la Loi. Les allocations sont versées directement par la Régie des rentes du Québec. Toute modification dans la composition de la famille doit être notifiée sans retard.

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 allocation pour jeune enfant jusqu'aux trois mois de l'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 (autonomes). Le défaut de respecter ces conditions peut entraîner un refus de prestations ou l'obligation de rembourser ces dernières.

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

**CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT
ANNEXE À COMPLÉTER PAR LA CPAM**

(Article 15 par. 3 de l'Arrangement administratif)

1 PERSONNE ASSURÉE

1.1	_____	1.2	_____	1.3	_____
	Nom		Prénom(s)		Nom à la naissance, si différent
1.4	_____	1.5	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Date de naissance				
1.6	_____				
	Adresse personnelle dans l'État d'affiliation				
1.7	_____				
	Adresse personnelle sur le territoire de travail temporaire (si connue)				
1.8	_____	1.9	_____	1.10	_____
	N° d'assurance sociale (Canada)		N° de sécurité sociale (France)		N° d'assurance maladie (Québec)
1.11	_____				
	N° d'employeur au Québec (NEQ)				

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

2 À COMPLÉTER PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Dénomination de l'organisme	
N° de dossier _____	
Cachet	_____
	Date

	Signature

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

(À ÊTRE COMPLÉTÉE 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	_____ (prénom et nom)	est détachée
pour la période du	_____ (aaaa/mm/jj)	au _____ (aaaa/mm/jj)
A) <input type="checkbox"/> à titre de travailleur salarié	OU	B) <input type="checkbox"/> à titre de travailleur autonome considéré à l'emploi de l'entreprise ci-dessus, selon l'article 9 de la <i>Loi sur les accidents du travail et maladies professionnelles</i> .

2 . ÉTABLISSEMENT en France

La personne mentionnée au cadre 1 est occupé(e) dans l'établissement ci-après :

Nom ou raison sociale

Adresse

Je déclare que la personne susmentionnée est (considérée) à l'emploi de l'entreprise inscrite au cadre 1 depuis le _____ (aaaa/mm/jj), 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 de subordination, j'en informerai immédiatement, par écrit, le **Bureau des ententes de sécurité sociale**.

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

- ◆ Régime de rentes du Québec;
- ◆ Fonds des services de santé;
- ◆ Régime des accidents du travail et maladies professionnelles du Québec.

Si 1B) : Je confirme que l'entreprise identifiée au cadre 1 est inscrite à la CSST et s'engage à verser les cotisations exigibles au regard du Régime des accidents du travail et maladies professionnelles du Québec.

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 l'employé et de l'employeur et peut entraîner leur responsabilité.

EMPLOYEUR AU QUÉBEC		
Nom et fonction de la personne dûment autorisée à faire la présente déclaration		
_____	_____	_____
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel
CACHET		
_____	_____	
Signature	Date	

INFORMATIONS 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 la personne détachée ou travaillant à son compte avec copie à l'employeur, le cas échéant.
- ◆ 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 de la santé et de la sécurité du travail – CSST)

- ◆ l'employeur doit avoir une existence légale au Québec;
- ◆ l'employeur doit être inscrit et en règle auprès de la CSST;
- ◆ 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 ou la travailleuse doit être domicilié au Québec au moment de quitter le Québec pour exercer son activité professionnelle en France;
- ◆ 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 être délivré. Par ailleurs toutes les conditions énumérées ci-dessus doivent demeurer satisfaites pendant toute la durée du détachement à défaut de quoi la protection en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles ne sera plus possible et le certificat deviendra sans effet à ce chapitre.

De plus, si une lésion professionnelle devait survenir, la CSST (chargée d'appliquer la LATMP et la LSST) vérifiera, dans le cadre du processus d'admissibilité de la réclamation, le respect des conditions applicables. Dans la négative, 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/résilié, 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 être domiciliées au Québec au moment de la demande de certificat d'assujettissement et maintenir ce domicile pendant toute la durée du certificat;
- ◆ Les personnes inscrites sur le certificat doivent résider au Québec au moment de la demande de certificat initial et 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 inscrites sur le certificat, de prestations en matière de santé en France 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 ne constitue pas une garantie de prise en charge des soins de santé ou des prestations en matière d'accident 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 RELATIVE À LA DÉLIVRANCE
D'UN CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT
DANS LE CADRE DE L'ENTENTE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
ET LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (L'ENTENTE)**

Je, soussigné(e), _____, déclare ce qui suit :
(Prénom et nom en lettres moulées)

DOMICILE (veuillez remplir le cadre qui s'applique à votre situation)

<p style="text-align: center;">Pour une demande de certificat initial</p> <p>Je suis domicilié(e)¹ au Québec :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Mon adresse au Québec est :</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Adresse complète)</p>	<p style="text-align: center;">Pour toute autre demande de certificat</p> <p>Je suis toujours domicilié(e) au Québec :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Mon adresse actuelle en France est :</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Mon adresse actuelle au Québec est :</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Adresse complète)</p>
--	---

STATUT

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

Personne salariée ou considérée à l'emploi

A) Je suis à l'emploi de **OU**
 B) Je travaille à mon compte, mais je suis considéré(e), en vertu de l'article 9 de la *Loi sur les accidents du travail et maladies professionnelles*, à l'emploi de : (N.B. artistes autonomes, si vous cochez **B**, ne cochez pas **D**)

depuis le _____ (aaaa/mm/jj) à son établissement situé au :

 (Adresse complète)

Je suis un(e) administrateur(trice) de cette entreprise qui me détache : oui non

C) J'ai été élu(e) officier au poste de président(e), vice-président(e) trésorier(ère), secrétaire

Personne travaillant à son compte

D) Je suis un(e) travailleur(euse) autonome

 Si vous avez coché **C** ou **D**, veuillez également cocher **E** ou **F** selon votre situation.

E) Je suis inscrit(e) à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), je bénéficie d'une protection personnelle depuis le _____ (aaaa/mm/jj) et m'engage à la conserver pour toute la durée de l'activité professionnelle exercée en France.

F) Je ne suis pas inscrit(e) à la CSST et n'entends pas m'y inscrire.

ENGAGEMENT

- ◆ J'ai pris connaissance du document intitulé *INFORMATIONS AUX TRAVAILLEURS CONCERNANT LES DEMANDES DE CERTIFICATS D'ASSUJETTISSEMENT*.
- ◆ Je m'engage à informer le **Bureau des ententes de sécurité sociale** de tout changement relatif aux informations contenues 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 éléments de la présente déclaration ou relatif à ceux contenus à la déclaration de l'employeur peut affecter mes droits et obligations et faire en sorte que je ne sois plus assujetti(e) (soumis(e)) à la législation québécoise visée dans l'Entente et, par conséquent, ne puisse plus bénéficier des droits et prestations prévus par cette législation.
- ◆ Si je suis un(e) travailleur(euse) autonome, je m'engage à verser les cotisations dont je suis redevable, compte tenu de ma situation, au regard des législations visées à l'Entente.

Des vérifications portant sur le contenu de la présente déclaration seront effectuées sur une base ponctuelle et dans tous les cas lors d'une réclamation présentée à la CSST ou à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU LE DÉFAUT D'INFORMER, COMME REQUIS CI-DESSUS, LA DESS DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION POURRA AFFECTER MES DROITS

EN FOI DE QUOI, JE SIGNE À _____ le _____
 (Ville) (Date)

 (Signature)

¹ Domicile : Le domicile d'une personne, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu de son principal établissement [Article 75, *Code civil du Québec* (C.c.Q)]. 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 [Article 77, C.c.Q.].

**Autorisation de transmission de renseignements nominatifs
relativement à la délivrance d'un certificat d'assujettissement
demandé dans le cadre de l'Entente QUÉBEC ♦ FRANCE**

Autorisation de la personne détachée

Je, soussigné, _____, autorise le Bureau des ententes de sécurité sociale, le ministère des Relations internationales, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie des rentes du Québec, Revenu Québec, le ministère de la Santé et des services sociaux, mon employeur, s'il en est, ainsi que l'organisme compétent dans le pays d'accueil à échanger entre eux les renseignements me concernant qui sont nécessaires aux fins de la délivrance de mon certificat d'assujettissement et de 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, incluant toute prolongation le cas échéant.

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

(signature)

Autorisation du conjoint de la personne détachée

Je, soussigné, _____, autorise le Bureau des ententes de sécurité sociale, le ministère des Relations internationales, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie des rentes du Québec, Revenu Québec, le ministère de la Santé et des services sociaux, l'employeur de mon conjoint, s'il en est, 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 de 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, incluant toute prolongation le cas échéant.

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

(signature)

Autorisation à l'égard des personnes à charge

Je, soussigné, _____, autorise le bureau des ententes de sécurité sociale, le ministère des Relations internationales, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie des rentes du Québec, Revenu Québec, le ministère de la Santé et des services sociaux, mon employeur, s'il en est, à échanger entre eux les renseignements concernant les personnes mineures à ma charge, identifiées au certificat d'assujettissement ci-joint, qui sont nécessaires aux fins de la délivrance de mon certificat d'assujettissement et de 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, incluant toute prolongation le cas échéant.

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

(signature)

IMPORTANT DÉTACHEMENT EN FRANCE

En règle générale, un employé 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 Québec/France en matière de sécurité sociale prévoit qu'un employé qui est détaché 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 exempté de verser les cotisations à la sécurité sociale française.

Les conditions :

- 1) avant son départ pour la France, l'employé doit être soumis à la législation québécoise en matière de santé, de pensions et d'accidents du travail;
- 2) l'employé est affecté **temporairement** en France;
- 3) l'employeur québécois conserve le **contrôle administratif** de cet employé, c'est-à-dire qu'il peut le rappeler, le muter, le suspendre, etc.;
- 4) l'employeur doit avoir un établissement au Québec.

La procédure :

Lorsque l'employé et l'employeur satisfont aux conditions énumérées ci-dessus, l'employeur peut demander la délivrance d'un **certificat d'assujettissement**, pour une période variable selon la situation. Au-delà de cette période, la délivrance d'un nouveau certificat requiert l'approbation préalable des autorités françaises.

Les formulaires :

- 1) le **Certificat d'assujettissement**, dont l'original lorsque délivré, est remis à l'employé, constitue la preuve vis-à-vis l'administration française que l'employeur et l'employé n'ont pas à cotiser à la sécurité sociale française, car l'employé est demeuré affilié à la législation québécoise concernant le RRQ, la santé, les accidents du travail et les maladies professionnelles; il permet également à l'employé d'obtenir d'une caisse française d'assurance maladie (CPAM) le remboursement des soins de santé reçus en France, qu'il s'agisse de soins généraux ou de soins reliés à un accident du travail;
- 2) la **Déclaration de l'employeur relative à la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale** qui engage la responsabilité de l'employeur à verser les cotisations au RRQ et au Fonds des services de santé (FSS). Dans le cadre de l'entente avec la France, l'employeur doit aussi continuer à verser les cotisations à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST);
- 3) la **Déclaration du travailleur relative à la délivrance d'un certificat d'assujettissement dans le cadre de l'Entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale** qui engage la responsabilité du travailleur salarié ou autonome;
- 4) l'**Autorisation de transmission de renseignements nominatifs** qui permet l'échange de renseignements entre les organismes et ministères concernés.

Les remises et le relevé 1 :

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

- 1) l'employeur doit effectuer les remises RRQ sur le formulaire TPZ-1015 approprié, sous le nom et le numéro de retenue à la source de l'employeur québécois auprès du ministère du Revenu du Québec. Par ailleurs, les cotisations au FSS et à la CSST doivent être basées sur une masse salariale comprenant le salaire de cet employé;
- 2) un relevé 1 doit être obligatoirement complété pour l'employé détaché, à chaque année fiscale comme suit :
 - a) dans la **case A**, inscrire le salaire en \$ canadiens (après conversion du montant du salaire versé en Euros s'il y a lieu);
 - b) dans la **case B**, inscrire le montant de la cotisation au RRQ;
 - c) dans un espace libre, indiquer : «selon Entente de sécurité sociale Québec/France».

Pour toute question relative aux remises ou encore au détachement dans un pays ne faisant pas partie de la **liste des pays d'entente ci-dessous**, s'adresser au ministère du Revenu du Québec à Montréal au (514) 864-4530 ou 1 (888) 413-2277 ou au bureau régional de la CSST, selon le cas.

Allemagne, Autriche, Barbade, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Dominique, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Jamaïque, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Philippines, Portugal, République slovaque, République tchèque, Sainte-Lucie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie, Uruguay.

Avertissement : les ententes en matière de sécurité sociale ne peuvent être interprétées qu'à partir des textes officiels.

PROLONGATION DE DETACHEMENT

Employeur qui détache le travailleur

<p>Raison sociale :</p> <p>Adresse : Pays :</p> <p>Secteur d'activité :</p> <p>Nombre de salariés :</p>

Travailleur

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	

Dates de début et de fin de missions antérieures

Du	Au
Du	Au
Du	Au
Du	Au
Du	Au

Fonction exercée par le travailleur au sein de l'entreprise d'accueil et brève description de la mission

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Justification de la nécessité de prolonger le détachement

.....
.....
.....
.....
.....

Date prévue d'achèvement du travail

--

Nature du contrat de travail dans le pays habituel d'emploi

<input type="checkbox"/> à durée déterminée	Date du contrat
<input type="checkbox"/> à durée indéterminée	Depuis quelle date

Existence d'un contrat de travail dans le pays où est effectuée la mission

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Salaire de l'interesse versé par

<input type="checkbox"/> l'employeur habituel
<input type="checkbox"/> l'entreprise d'accueil
<input type="checkbox"/> les deux

Contrôle du salarié et autorité exercés par

<input type="checkbox"/> l'employeur habituel
<input type="checkbox"/> l'entreprise d'accueil
<input type="checkbox"/> les deux

Fait à, le

Cachet de l'entreprise
(signature)