

1. Travailleur salarié Travailleur non salarié

1.1. Nom⁽²⁾ _____
1.2. Prénom(s) _____ Noms antérieurs⁽²⁾ _____
1.3. Date de naissance⁽³⁾ _____ Nationalité _____ DNI⁽⁴⁾ _____
1.4. Adresse habituelle :
Rue _____ N° _____ Bte _____
Localité _____ Code postal _____ Pays _____
1.5. N° d'immatriculation ⁽⁵⁾ _____

2. Employeur Activité non salariée

2.1. Nom ou raison sociale _____
2.2. N° d'identification⁽⁶⁾ _____
2.3. L'employeur est une agence de recrutement oui non
2.4. Adresse habituelle :
Téléphone _____ Télécopieur _____ E-mail : _____
Rue _____ N° _____ Bte _____
Localité _____ Code postal _____ Pays _____

3. L'assuré désigné ci-dessus

3.1. a été employé par l'employeur mentionné ci-dessus depuis le _____
 exerce une activité non salariée depuis le _____ dans _____
3.2. est détaché ou exercera une activité non salariée pendant une période allant probablement du _____ au _____

3.3. dans l'/les entreprise(s) ci-après sur le navire ci-après

3.4. Nom(s) ou raison(s) sociale(s) de l'entreprise ou du navire _____
3.5. Adresse(s) :
Rue _____ N° _____ Bte _____
Localité _____ Code postal _____ Pays _____
Rue _____ N° _____ Bte _____
Localité _____ Code postal _____ Pays _____
3.6. N° d'identification⁽⁶⁾ _____

4. Qui verse le salaire et les cotisations de la Sécurité sociale du travailleur détaché ?

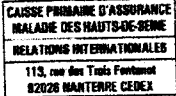
4.1. L'employeur désigné au point 2
4.2. L'entreprise désignée au point 3.4
4.3. Autre : dans ce cas, indiquer le nom et l'adresse
Rue _____ N° _____ Bte _____
Localité _____ Code postal _____ Pays _____

5. L'assuré reste soumis à la législation du pays conformément aux dispositions de l'article F (1)

5.1. 13.2.d 14.1.a 14.2.b 14 bis 1.a 14 bis 2 14 bis 4
 14 ter 1 14 ter 2 14 ter 4 14 quater a 14 sexies 17
du règlement n° 1408/71

5.2. du _____ au _____
5.3. pour la durée de l'activité (voir lettre de l'autorité compétente ou de l'organisme désigné dans le pays d'emploi qui autorise l'assuré à rester soumis à la législation de l'État d'origine, du détachement en date du _____ Réf _____).

6. Institution compétente dont la législation est applicable

6.1. Dénomination : CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS-DE-SEINE Numéro de code (7) : 01 92 100
6.2. Adresse :
Téléphone : 01 41 45 20 00 Télécopieur : 01 41 45 22 41 E-mail : sri@cpam92.fr
Rue : des Trois Fontanot N° : 113 Bte _____
Localité : NANTERRE CEDEX Code postal : 92026 Pays : France
6.3. Cachet :  6.4. Date _____
6.5. Signature 