



Demande de délivrance d'un formulaire A1 certifiant l'assujettissement au lieu de l'exercice de l'activité lucrative dans des cas spéciaux

Ce formulaire dûment rempli doit être transmis à la caisse de compensation AVS compétente.

Vous devez utiliser ce formulaire si vous exercez une activité salariée ou une activité lucrative indépendante en Suisse et que, pour cette raison, vous souhaitez obtenir une exemption de l'obligation de vous affilier à la sécurité sociale d'un autre pays. Dans ce cas, le formulaire A1 confirme que vous n'êtes soumise / soumis qu'aux dispositions légales suisses.

Conformément à l'art. 28 LPGA, les assurés sont tenus de fournir toutes les informations nécessaires à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. La personne qui exerce une activité salariée ou une activité lucrative indépendante doit signer le formulaire dans les champs prévus à cet effet à la fin du formulaire. Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

Personne concernée

Numéro de sécurité sociale suisse (N° AVS)

Nom(s)

Nom(s) de naissance

Prénom(s) tel(s) qu'inscrit(s) à l'état civil

Sexe

masculin

féminin

Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Toutes les nationalités

Domicile

Complément d'adresse/case postale

Rue et n°

NPA

Localité

Pays

Tél.

Courriel

Demande de délivrance d'une attestation confirmant l'application des dispositions légales suisses

du (jj.mm.aaaa)

au (jj.mm.aaaa)

Activité en Suisse

Activité Salarié Indépendant

Nom de l'employeur

N° d'identification de l'entreprise IDE (si disponible)

Personne de contact

Complément d'adresse/case postale

Rue et n°

NPA

Localité

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

Fin de la relation de travail ou de l'activité indépendante (si applicable) le (jj.mm.aaaa)

Date d'affiliation à l'AVS (jj.mm.aaaa)

Caisse de compensation AVS actuelle

Attestation

Je confirme que je n'exerce une activité lucrative qu'en Suisse.

État, qui demande la preuve de l'application des dispositions légales suisses :

Motivation de la demande et remarques

La soussignée / le soussigné déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité. Elle ou il prend acte que des contrôles peuvent être réalisés par les services compétents et que de fausses informations peuvent conduire à l'annulation de l'attestation.

La soussignée / le soussigné s'engage à informer immédiatement la caisse de compensation AVS compétente de toute modification des données saisies dans le formulaire. Elle ou il fait en sorte que les cotisations aux assurances sociales soient prélevées en Suisse sur la totalité du revenu de l'activité lucrative.

Information sur la protection des données :

Les informations fournies dans le présent formulaire sont utilisées par la Caisse de compensation AVS et l'Office fédéral des assurances sociales pour l'exercice de leur mandat légal. Elles sont saisies et enregistrées par voie électronique et sont utilisées dans le respect des prescriptions en matière de protection des données. Le signataire consent 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 ou l'indépendant

Date :

Signature :