

SECURITE SOCIALE	ACCORD ENTRE LA FRANCE METROPOLITAINE ET LA POLYNESIE FRANCAISE	980-01
-------------------------	--	---------------

CERTIFICAT DE DETACHEMENT

Article 3 paragraphe 2 ; article 3 paragraphe 3

1	☐ Travailleur salarié	☐ Travailleur non salarié						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1.1 Nom</td> <td style="width: 33%;">Prénoms</td> <td style="width: 34%;">Nom de jeune fille</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>			1.1 Nom	Prénoms	Nom de jeune fille			
1.1 Nom	Prénoms	Nom de jeune fille						
.....								
1.2 Date de naissance :								
1.3 Adresse habituelle (1) :								
1.4 Numéro d'immatriculation :								

2	☐ Employeur	☐ Activité non salariée
2.1 Nom ou Raison Sociale :		
2.2 Adresse (1) :		

3 Le travailleur désigné ci-dessus est détaché pour une période allant du / / au / / dans l'établissement ci-après :

4 Nom ou Raison Sociale :
4.1 Adresse (1) :

5 L'intéressé reste soumis pour cette période à la législation du pays où l'entreprise a son siège, conformément aux articles :

- ☐ 3 paragraphe 2 alinéa 1 (période initiale)
- ☐ 3 paragraphe 3 (période initiale)
- ☐ 3 paragraphe 2 alinéa 2 (prolongation)
- ☐ 3 paragraphe 3 (prolongation)

6 Institution désignée du territoire où l'entreprise a son siège

6.1 Dénomination :

6.2 Adresse (1) :

6.3 Cachet

6.4 Date :/...../.....

6.5 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

Indications pour le travailleur :

a) Le présent document permet au travailleur lui-même et aux membres de sa famille énumérés au cadre 2, d'obtenir des institutions d'assurance du lieu où il est détaché, sur présentation de sa carte d'assuré social en cours de validité s'il s'agit d'un assuré du régime métropolitain, ou d'un 980-04 s'il s'agit d'un assuré d'un régime polynésien, les prestations en nature en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

b) Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'institution d'assurance du lieu de détachement, c'est-à-dire :

- pour les prestations en cas de maladie ou de maternité :

en France métropolitaine, la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie ;

dans les départements d'Outre-Mer, la Caisse Générale de Sécurité Sociale

en Polynésie, la Caisse de Prévoyance Sociale,

- pour les prestations en cas d'accident du travail :

en France métropolitaine, la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie,

dans les départements d'Outre-Mer, la Caisse Générale de Sécurité Sociale,

en Polynésie, la Caisse de Prévoyance Sociale.

c) Le présent formulaire est également utilisable en cas de prolongation de détachement en application de l'article 3 paragraphe 2 alinéa 2 et de l'article 3 paragraphe 3 (dernière partie de phrase).

Indications pour demander une prolongation du détachement initial

La demande de prolongation doit être envoyée par l'employeur ou par le non salarié à l'instance administrative compétente du lieu de détachement :

* la Caisse de Prévoyance Sociale pour la Polynésie

* la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la région où s'exerce l'activité de l'intéressé pour la France métropolitaine

L'accord est réputé acquis en l'absence de réponse à la demande dans un délai d'un mois.

NOTES

(1) Code postal, localité, rue, numéro, pays