

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 27 juin 2019 fixant le modèle de formulaire de dispense temporaire d'affiliation à l'assurance vieillesse obligatoire pour les salariés impatriés

NOR : SSAS1918858A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 767-2 et D. 767-1 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 28 juin 2019,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La demande de dispense temporaire d'affiliation à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article D. 767-1 du code de la sécurité sociale doit être conforme au modèle annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – La directrice de la sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 juin 2019.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

## ANNEXE

DEMANDE DE DISPENSE TEMPORAIRE D’AFFILIATION A L’ASSURANCE  
VIEILLESSE

(Articles L. 767-2 et D. 767-1 du code de la sécurité sociale)

**1. Cochez la case correspondant à la situation du salarié :**Première demande de dispense Demande de renouvellement de dispense **2. Informations relatives à l’entreprise**

Nom ou raison sociale : .....

Adresse du siège social : .....

.....

.....

N° SIRET : .....

N° cotisant : .....

Code APE : .....

Activité principale :

Contact dans l’entreprise : .....

Nom et prénom : .....

Tél : ..... Fax : .....

Courriel : .....

**3. Informations relatives au salarié**

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Numéro de Sécurité sociale (sauf si la demande est adressée avant l’affiliation) :

.....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Date d’embauche du salarié et type de contrat (CDD, CDI) : .....

**4. Informations relatives à l’assurance vieillesse**

Type(s) de produit(s) d’assurance vieillesse souscrit(s) (nom et numéro du contrat, organisme assureur)	Montant de la contribution annuelle

#### 4. Pièces justificatives à joindre obligatoirement à la demande

- Attestation(s) du versement ou contrats/documents attestant l'engagement de **versement d'une contribution d'au moins 20 000 euros par an** sur des produits d'assurance vieillesse français ou étrangers par l'employeur et/ou le salarié. Dans le cas où ces documents sont rédigés dans une autre langue, ils doivent être accompagnés d'une traduction en langue française ;
- Bulletins de salaire ou documents équivalents du salarié pour la période de 5 ans dans l'emploi précédant l'entrée dans le dispositif ;
- Déclaration sur l'honneur du salarié qu'il n'a **pas été soumis à un régime de sécurité sociale français au cours des cinq années civiles précédant leur prise de fonctions**, à un régime français obligatoire d'assurance vieillesse, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études.

#### 5. Demande de remboursement en cas de demande de dispense rétroactive

Si la demande de dispense est postérieure à la date d'embauche, veuillez cocher la case suivante :

En cas de demande de remboursement, veuillez joindre un relevé d'identité bancaire (BIC-IBAN) de l'entreprise.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature du salarié

Nom et signature du représentant légal  
Cachet de l'entreprise