



**Certificate of Coverage Concerning the Applicable
Legislation Pursuant to Articles 7 to 9 of the Agreement
on Social Security Between Canada and France**

**Certificat d'assujettissement concernant la Législation
applicable en vertu des Articles 7 à 9 de l'Accord sur la
Sécurité sociale entre le Canada et la France**

☐ Employee – Employé ☐ Self-employed – Travailleur autonome

Name of the worker – Nom du travailleur		Canadian Social Insurance Number – Numéro d'assurance sociale au Canada									
Address – Adresse		Date of birth – Date de naissance									
		Citizenship – Nationalité									
Name or corporate name of employer in Canada – Nom ou raison sociale de l'employeur au Canada		Date of hire – Date d'embauche									
		Business number in Canada – Numéro d'entreprise au Canada R P									
Address of employer in Canada – Adresse de l'employeur au Canada											
Name and address of the business where the worker will be working in the foreign country or place of business for the self-employed person – Nom et adresse de l'entreprise où le travailleur travaillera dans le pays étranger ou du lieu de travail pour le travailleur autonome											
Employee - Employé Position held in France - Fonction exercée en France		Self-employed person – Travailleur autonome Are you an artist? – Êtes-vous un artiste? ☐ Yes/Oui ☐ No/Non Service to be provided in France - Travail à effectuer en France									
Initial detachment – Détachement initial <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Expected period of initial detachment</td> <td style="width: 50%;">Durée prévue du détachement initial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">From – Du</td> <td style="text-align: center;">To – Au</td> </tr> </table>		Expected period of initial detachment	Durée prévue du détachement initial	From – Du	To – Au	Extension – Détachement prolongé <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Expected period of extended detachment (for extensions also indicate date of initial detachment)</td> <td style="width: 50%;">Durée prévue du détachement prolongé (pour les prolongations, indiquer les dates du détachement initial)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">From – Du</td> <td style="text-align: center;">To – Au</td> </tr> </table>		Expected period of extended detachment (for extensions also indicate date of initial detachment)	Durée prévue du détachement prolongé (pour les prolongations, indiquer les dates du détachement initial)	From – Du	To – Au
Expected period of initial detachment	Durée prévue du détachement initial										
From – Du	To – Au										
Expected period of extended detachment (for extensions also indicate date of initial detachment)	Durée prévue du détachement prolongé (pour les prolongations, indiquer les dates du détachement initial)										
From – Du	To – Au										
Exception – Dérogation <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Pursuant to Article 9 of the Agreement. Self-employed person please indicate the period below. Expected period of exceptional detachment.</td> <td style="width: 50%;">Conformément à l'article 9 de l'Accord. Travailleur autonome veuillez indiquer la période ci-dessous. Durée prévue du détachement dérogatoire</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">From – Du</td> <td style="text-align: center;">To – Au</td> </tr> </table>				Pursuant to Article 9 of the Agreement. Self-employed person please indicate the period below. Expected period of exceptional detachment.	Conformément à l'article 9 de l'Accord. Travailleur autonome veuillez indiquer la période ci-dessous. Durée prévue du détachement dérogatoire	From – Du	To – Au				
Pursuant to Article 9 of the Agreement. Self-employed person please indicate the period below. Expected period of exceptional detachment.	Conformément à l'article 9 de l'Accord. Travailleur autonome veuillez indiquer la période ci-dessous. Durée prévue du détachement dérogatoire										
From – Du	To – Au										
Health Care Coverage – Couverture des soins de santé Note: Pursuant to section 7, paragraph 1(c) of the Agreement, the detachment of a worker from Canada to France is subject to the existence of health care coverage by a valid protection plan (for worker and members of family who accompany him/her) for the full period of detachment. Remarque : Conformément à l'article 7 paragraphe 1, c) de l'Accord, le détachement d'un travailleur du Canada vers la France est subordonné à l'existence d'une couverture des soins de santé par un plan de protection valable (pour le travailleur et les membres de sa famille qui l'accompagnent) pour toute la période du détachement. ☐ Insert check mark to confirm the existence of health care coverage. – Veuillez cocher pour confirmer l'existence de cette couverture des soins de santé											
If there are persons accompanying the person who goes to France or accompanying you, please complete the information below: – Si des personnes accompagnent la personne qui se rend en France ou vous accompagnent, veuillez compléter les informations ci-dessous :											
Name and surname – Nom et prénom		Date of birth – Date de naissance									
Relationship with the worker – Lien avec le travailleur											
1)											
2)											
3)											

I hereby certify that, to the best of my knowledge, the information contained in this request is accurate and complete.	Par la présente, j'atteste qu'au meilleur de mes connaissances, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets.
Print name and title of authorized officer – Nom et titre de la personne autorisée en lettres moulées	Signature of authorized officer – Signature de la personne autorisée
Telephone number – Numéro de téléphone	Date

Certificate of coverage concerning the applicable legislation Canada Revenue Agency	Certificat d'assujettissement concernant la législation applicable Agence du revenu du Canada
The worker named above is subject to the coverage provisions of the Canada Pension Plan and exempt from the laws of France regarding social security by virtue of Articles 7 to 9 of the agreement during the period below.	Le travailleur susmentionné est assujéti aux dispositions de participation du Régime de pensions du Canada et exempté des lois de la France concernant la sécurité sociale en vertu des articles 7 à 9 de l'accord pendant la période ci-bas.
From – Du	To – Au
Authorized officer of CRA – Agent autorisé de l'ARC	Date

Personal information, including a social insurance number, is collected in compliance with an arrangement or administrative agreement in order to assess and confirm whether or not the salaried or self-employed worker is subject to the Canada Pension Plan during the period mentioned in your request. The information that you provide may be disclosed to the government of a foreign country, in compliance with reciprocal agreements relating to the administration or application of the Canada Pension Plan. The Canada Revenue Agency will not be able to process your request if you refuse to provide the required information.

Personal information is described in the Canada Pension Plan and Employment Insurance Rulings Program (CRA PPU 070), and is protected under the Privacy Act. Individuals are entitled to access their own information and correct or annotate it in the event of errors or omissions. Please note that you are entitled to file a complaint with the Privacy Commissioner of Canada regarding how we handle your information.

Les renseignements personnels, incluant le numéro d'assurance sociale, sont recueillis conformément à l'arrangement ou à l'accord administratif afin d'évaluer et de confirmer ou non l'assujettissement du travailleur salarié ou autonome au Régime de pensions du Canada au cours de la période mentionnée à votre demande. Les renseignements que vous fournissez pourraient être divulgués au gouvernement du pays étranger conformément aux accords réciproques relatifs à l'administration ou l'application du Régime de pensions du Canada. L'Agence du revenu du Canada ne sera pas en mesure de traiter votre demande si vous refusez de fournir les renseignements requis.

Les renseignements personnels sont décrits dans Programme des décisions relatives au Régime de pensions du Canada et à l'assurance-emploi CRA PPU 070 et sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les particuliers ont le droit d'accéder leurs propres renseignements et de les corriger ou les annoter, en cas d'erreurs ou d'omissions. Soyez avisé que vous êtes en droit de déposer une plainte auprès du commissaire à la protection de la vie privée du Canada sur la façon dont nous traitons vos renseignements.



Demande de certificat d'assujettissement en vertu d'un accord de sécurité sociale

Le **certificat d'assujettissement** sert de preuve que l'employé, l'employeur ou un travailleur autonome sont sujets à la législation canadienne et qu'ils sont exemptés de contribuer dans le système de sécurité sociale du pays d'accueil avec lequel le Canada a un accord qui est en vigueur.

Le formulaire de demande de certificat est composé de deux parties qui sont encadrées :

La **première partie** doit être complétée et signée par un employeur, un travailleur autonome ou leur représentant légal.

La **deuxième partie** est réservée à l'agent autorisé de l'Agence du revenu du Canada. Veuillez noter que la deuxième partie, une fois remplie et signée, constitue votre **certificat d'assujettissement**.

Il est recommandé de faire la demande de certificat d'assujettissement bien avant le départ du travailleur à l'étranger. Les demandes de prolongations après la période prévue par l'accord devraient être demandées avant la fin de la période du certificat de couverture qui a été approuvé auparavant.

Vous devez remplir une demande de certificat d'assujettissement pour chaque travailleur détaché. Lorsque vous remplissez le formulaire, veuillez vous assurer d'indiquer les **dates** dans le format (**AAAAMMJJ**) et sous le titre **Numéro d'entreprise au Canada**, le numéro d'employeur que vous utilisez pour remettre les retenues à la source.

La période ou le total des périodes indiquées sous le titre **Détachement initial** doit être inférieure ou égale à la période négociée indiquée généralement sous le Titre II à l'accord. Sous le titre **Détachement prolongé**, indiquer toutes périodes supérieures à la période négociée à l'accord, veuillez aussi joindre une lettre expliquant les raisons de la prolongation. Il est important de pouvoir contacter une personne qui peut répondre à nos questions, ainsi sous **Téléphone**, veuillez indiquer un numéro approprié. Les travailleurs autonomes doivent indiquer "Travailleur autonome" dans la case **Nom de l'employeur au Canada** et ne rien indiquer dans les cases **Adresse au Canada**, **Date d'embauche** et **Numéro d'entreprise au Canada**.

Une fois que la demande a été approuvée, nous retournerons au demandeur deux copies officielles du certificat.

Ce formulaire peut être rempli à l'écran et soumis au moyen d'un des services en ligne sécurisés de l'Agence du revenu du Canada à **canada.ca/arc-services-ouverture-session**.

Il peut aussi être soumis par télécopieur ou par courrier. Dans ces deux situations, veuillez imprimer, signer et dater le formulaire.

Par courrier, envoyez le formulaire à :

Agence du revenu du Canada
Division des décisions RPC/AE
Unité de la Sécurité sociale
320, rue Queen, Tour A
Ottawa ON K1A 0L5

Par télécopieur, veuillez utiliser le numéro **418-566-0318**.

Pour en savoir plus, allez à **canada.ca/decisions-rpc-ae** et cliquez sur Les accords internationaux de sécurité sociale et le Régime de pensions du Canada ou composez le **1-877-598-2408** ou le **613-670-7439**. Nous acceptons les appels à frais virés.