

Commission administrative  
pour la coordination  
des systèmes de sécurité sociale



## Rapport relatif à la carrière d'assurance

Article 12, paragraphe 1, article 46, paragraphe 1, et article 47, paragraphe 4, du règlement (CE) n° 987/2009

<b>Nombre d'annexes:</b>	[integer].....
<b>Date de l'envoi:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Institution expéditrice:</b>	
Code du pays*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Code de l'institution*	[25].....
Dénomination de l'institution*	[155].....
Rue	[155].....
Ville	[65].....
Code postal	[25].....
Région	[65].....
Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Téléphone	[65].....
Télécopie	[65].....
Courriel	[255].....
<b>Institution destinataire:</b>	
Code du pays*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Code de l'institution*	[25].....
Dénomination de l'institution*	[155].....
Rue	[155].....
Ville	[65].....
Code postal	[25].....
Région	[65].....
Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Téléphone	[65].....
Télécopie	[65].....
Courriel	[255].....

<b>1. Numéros de dossier</b>	
1.1 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice <sup>1*</sup>	[65].....
1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire <sup>2</sup>	[65].....

<b>2. Autres institutions concernées<sup>3</sup></b>	
2.1 Institution*	
2.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.2 Code de l'institution <sup>4</sup>	[25].....
2.1.3 Dénomination de l'institution <sup>5</sup>	[155].....
2.2 Numéro personnel d'identification <sup>6</sup>	[65].....
2.3 Numéro de dossier <sup>7</sup>	[65].....

<b>3. Personne assurée<sup>8</sup></b>	
3.1 Identification de la personne	
3.1.1 Nom(s) de famille*	[155].....
3.1.2 Prénom(s)*	[155].....
3.1.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....
3.1.4 Sexe*	
	<input type="checkbox"/> Féminin
	<input type="checkbox"/> Masculin
	<input type="checkbox"/> Inconnu
3.1.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
3.1.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....
.....	
3.1.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)	
3.1.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
3.1.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....
.....	
3.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)	
3.1.8.1 Lieu de naissance <sup>9*</sup>	[155].....
3.1.8.2 Nom de famille du père à la naissance <sup>10</sup>	[155].....
3.1.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance <sup>11</sup>	[155].....
3.1.8.4 Prénom du père	[155].....
3.1.8.5 Prénom de la mère	[155].....
3.2 Informations complémentaires sur la personne	
3.2.1 Nationalité <sup>12</sup>	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2.2 Nom(s) antérieur(s)	[155].....
3.2.3 Adresse <sup>13</sup>	
3.2.3.1 Rue	[155].....
3.2.3.2 Ville	[65].....
3.2.3.3 Code postal	[25].....
3.2.3.4 Région <sup>14</sup>	[65].....
3.2.3.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

<b>4. Demandeur (pension de survivant)<sup>15</sup></b>	
4.1 Identification de la personne	
4.1.1 Nom(s) de famille*	[155].....
4.1.2 Prénom(s)*	[155].....
4.1.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....

4.1.4 Sexe*	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Inconnu
4.1.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
4.1.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....
.....	
4.1.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)	
4.1.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
4.1.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....
.....	
4.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)	
4.1.8.1 Lieu de naissance <sup>9*</sup>	[155].....
4.1.8.2 Nom de famille du père à la naissance <sup>10</sup>	[155].....
4.1.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance <sup>11</sup>	[155].....
4.1.8.4 Prénom du père	[155].....
4.1.8.5 Prénom de la mère	[155].....
4.2 Informations complémentaires sur la personne	
4.2.1 Nationalité <sup>12</sup>	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
4.2.2 Nom(s) antérieur(s)	[155].....
4.2.3 Adresse <sup>13</sup>	
4.2.3.1 Rue	[155].....
4.2.3.2 Ville	[65].....
4.2.3.3 Code postal	[25].....
4.2.3.4 Région <sup>14</sup>	[65].....
4.2.3.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
4.3 Si vous disposez du numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit pour chaque autre institution concernée: 	
4.3.1 Institution*	
4.3.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
4.3.1.2 Code de l'institution <sup>4</sup>	[25].....
4.3.1.3 Dénomination de l'institution <sup>5</sup>	[155].....
4.3.2 Numéro personnel d'identification <sup>16</sup>	[65].....

<b>5. Informations relatives à la carrière de la personne concernée<sup>17</sup></b> 	
5.1 Date de début	[DD/MM/YYYY].....
5.2 Date de fin	[DD/MM/YYYY].....
5.3 Type de période	
<input type="checkbox"/> Activité salariée	
<input type="checkbox"/> Activité non salariée	
<input type="checkbox"/> Résidence	
<input type="checkbox"/> Enfant à charge	

- Assurances volontaires
- Service militaire
- Maternité
- Formation
- Prestations de chômage
- Prestations de maladie
- Autre période

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Activité salariée" ou "Type de période" = "Activité non salariée" :

5.4 Profession

- 5.4.1 Profession<sup>18</sup> [65].....
- 5.4.2 Nom de l'employeur/la société [255].....
- 5.4.3 Adresse<sup>19</sup>
- 5.4.3.1 Rue [155].....
- 5.4.3.2 Ville [65].....
- 5.4.3.3 Code postal [25].....
- 5.4.3.4 Région<sup>14</sup> [65].....
- 5.4.3.5 Pays [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Enfant à charge" :

5.5 Informations sur l'enfant

- 5.5.1 Nom de famille [155].....
- 5.5.2 Prénom(s) [155].....
- 5.5.3 Date de naissance\* [DD/MM/YYYY].....

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Prestations de chômage" ou "Type de période" = "Prestations de maladie" ou "Type de période" = "Formation" :

- 5.6 Nom de l'organisme payeur/de l'institution de formation [255].....

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Autre période" :

- 5.7 Type de période<sup>20</sup> [65].....
- 5.8 Veuillez compléter l'adresse de la personne assurée durant la période, indépendamment du type de période
- 5.8.1 Rue [155].....
- 5.8.2 Ville [65].....
- 5.8.3 Code postal [25].....
- 5.8.4 Région<sup>14</sup> [65].....
- 5.8.5 Pays [list ISO3166-1-alpha-2 code].....
- 5.9 Numéro d'assurance ou d'affiliation<sup>21</sup> [65].....
- 5.10 Informations utiles complémentaires concernant la période [255].....

**Signature de l'institution expéditrice:**

Date [DD/MM/YYYY].....

Signature Cachet