

Grande Arche - Paroi Sud - 92055 - Paris La Défense cedex 04

El Ministeri d'Afers Exteriors donarà a conèixer la data d'entrada en vigor per a Andorra de l'Acord.

## **Arranjament Administratiu General relatiu a les modalitats d'aplicació del Conveni de seguretat social entre el Principat d'Andorra i la República Francesa amb data 12 de desembre del 2000**

En aplicació de l'article 43 del Conveni de seguretat social entre la República Francesa i el Principat d'Andorra amb data 12 de desembre del 2000, les autoritats competents andorranes i franceses representades per:

Del costat francès:  
la Senyora Florence Lianos, cap de la Divisió dels Afers comunitaris i internacionals, Direcció de la seguretat social, Ministeri de l'ocupació i de la solidaritat,  
el Senyor Louis Ranvier, encarregat de les qüestions internacionals de la seguretat social, Direcció de les explotacions, de la política social i de l'ocupació, Ministeri d'Agricultura i de Pesca

Del costat andorrà:  
la Senyora Àngela Mas Joaniquet, presidenta del Consell d'Administració de la Caixa Andorrana de Seguretat Social,

Han decidit, de comú acord, les modalitats d'aplicació següents del present Conveni:

### **Capítol I. Disposicions generals**

#### Article 1

##### *Definicions*

Per a l'aplicació del present arranjament administratiu, el terme "Conveni" designa el Conveni de seguretat social entre el Principat d'Andorra i la

República Francesa signat el 12 de desembre del 2000.

Els termes i expressions definits a l'article 1 del Conveni tenen el mateix significat en el present arranjament administratiu general que el que els és atribuït en aquest article.

#### Article 2

##### *Destacament (Aplicació de l'article 4 del Conveni)*

##### 2.1. Procediment del destacament

1. En els casos esmentats a l'article 4 apartat 2, primer paràgraf i apartat 3 del Conveni, les institucions de la part la legislació de la qual roman aplicable, que es designen a continuació, estableixen, a petició del patró o del treballador no assalariat, un "certificat de subjecció" (formulari SE 130-01) que certifica que el treballador interessat continua sotmès a aquesta legislació.

El certificat l'emet:

- a) Pel que fa a la legislació francesa: la Caixa en la descripció de la qual es troba el patró del treballador assalariat o la caixa d'afiliació del treballador assalariat agrícola i del treballador no assalariat;
- b) Pel que fa a la legislació andorrana: la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

2. Si la durada del destacament s'ha de prolongar més enllà del període d'un any fixat a l'article 4 apartat 2, primer paràgraf, i a l'apartat 3 del Conveni, l'acord previst a l'apartat 2 segon apartat d'aquest article ha de ser demanat pel patró o pel treballador no assalariat abans de l'expiració d'aquest període inicial:

- a) Pel que fa a la demanda de manteniment a la legislació francesa: al director del Centre de Seguretat Social dels treballadors migrants;
- b) pel que fa a la demanda de manteniment a la legislació andorrana: al director de la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Un cop rebuda una sol·licitud, l'autoritat esmentada a l'apartat 2-1-2 a) o b) anterior, es posa en contacte amb l'autoritat competent del lloc de destacament esmentada en aquests

mateixos a) i b), per tal d'obtenir l'acord que estipula l'article 4 apartat 2, segon paràgraf del Conveni que autoritza el manteniment de l'afiliació a la legislació de l'estat de treball habitual.

Tan bon punt s'ha obtingut l'acord, la institució esmentada a l'apartat 2-1-1. a) o b) anterior, que ha emès el "certificat de subjecció" inicial n'és informada i emet un nou "certificat de subjecció".

3. En el cas previst a l'article 4 apartat 7 del Conveni el procediment a seguir per obtenir la dispensa d'afiliació a l'altre territori és el que es descriu a l'apartat 2-1-2 del present article.

4. Per als desplaçaments imprevistos inferiors a tres mesos, la institució d'afiliació esmentada a l'apartat 2-1-1. a) o b) anteriors, accepta els "avisos de missió".

Quan el patró envia un membre del seu personal en missió imprevista, omple "l'avis de missió" en doble exemplar, en lliura un al treballador, abans de la seva partida, i adreça l'altre, en 24 hores, a la institució d'afiliació.

##### 2.2. Funcionaris

En els casos previstos a l'article 4, apartat 4, segon paràgraf del Conveni, els funcionaris mantinguts en el règim de Seguretat Social francès, mentre exerceixen les seves funcions a Andorra, han de rebre del seu servei de gestió un "certificat d'afiliació per als funcionaris i personal assimilat que exerceixen la seva activitat a Andorra i mantinguts en els règims francesos" (formulari SE 130-02)

### **Capítol II. Assegurança vellesa i pensions de supervivents**

#### Article 3

##### *Totalització dels períodes d'assegurança (Aplicació de l'article 10 del Conveni)*

Quan, per a l'aplicació dels articles 7 i 8 del Conveni, s'ha de recórrer a la totalització dels períodes d'assegurança complerts en els dos estats per a la determinació de la prestació, s'apliquen les regles següents:

1a. Si un període assimilat a un període d'assegurança pel règim d'un estat, coincideix amb un període

d'assegurança complert a l'altre estat, la institució d'aquest darrer règim només pren en consideració el període d'assegurança;

2a. Si un mateix període és assimilat a un període d'assegurança alhora pel règim francès i pel règim andorrà, la institució de l'estat on l'interessat ha estat assegurat a títol obligatori en darrer lloc abans del període en qüestió pren aquell període en consideració.

3a. Si un període d'assegurança, complert en virtut d'una assegurança obligatòria en el règim d'un estat, coincideix amb un període d'assegurança voluntària en el règim de l'altre estat, la institució del primer estat només pren en consideració el primer.

4a. Quan els períodes d'assegurança complerts al territori de d'un dels estats s'expressen en unitats diferents d'aquelles que s'utilitzen al territori de l'altre estat, la conversió necessària per a la totalització s'efectua segons les regles següents:

cinc dies són equivalents a una setmana i viceversa;

vint-i-dos dies són equivalents a un mes i viceversa;

tres mesos o tretze setmanes o seixanta-sis dies són equivalents a un trimestre i viceversa;

per a la conversió de les setmanes en mesos i viceversa, les setmanes i els mesos es converteixen a dies;

l'aplicació de les regles anteriors no pot tenir com a efecte retenir, per al conjunt dels períodes d'assegurança complerts en el decurs d'un any civil, un total superior a dos-cents seixanta-quatre dies o cinquanta-dues setmanes o dotze mesos o quatre trimestres. quan els períodes d'assegurança complerts sota la legislació d'un dels estats s'expressen en mesos, els dies que corresponen a una fracció de mes, de conformitat amb les regles de conversió damunt enunciades, es consideren com un mes sencer.

quan els períodes d'assegurança complerts sota la legislació d'un dels estats s'expressen en trimestres, els mesos que corresponen a una fracció de trimestre, de conformitat amb les regles de conversió enunciades més amunt,

es consideren com un trimestre sencer.

#### Article 4 *Introducció i tramitació de les sol·licituds de pensió*

La persona que sol·licita beneficiar-se d'una o de diverses pensions de vellesa, en aplicació del Conveni, adreça la seva sol·licitud a la institució competent de l'estat on resideix o, si ja no resideix al territori d'un dels dos estats, a la institució competent de l'estat en què va exercir en darrer lloc la seva activitat, segons les modalitats establertes per la legislació que aplica aquesta institució.

La institució del seu lloc de residència trameta, si escau, aquesta demanda a la institució competent de l'altre estat, mitjançant una "sol·licitud de pensió de vellesa" (formulari SE 130-13), i hi adjunta la relació dels períodes complerts a la vista de la seva legislació, és a dir "atestació relativa a la carrera d'assegurança" (formulari SE 130-15), i hi precisa la data en què aquesta sol·licitud ha estat dipositada.

La data de dipòsit d'aquesta sol·licitud es considera com la data de presentació de la sol·licitud a la institució competent de l'altre estat, llevat dels casos en què l'interessat ha sol·licitat, expressament, que es difereixi la liquidació dels seus drets prop de la dita institució.

#### Article 5 *Notificació de les decisions*

Cada institució deutora notifica al sol·licitant, segons les modalitats previstes per la seva legislació, la decisió presa. La notificació ha de posar en coneixement del sol·licitant les vies i els terminis de recurs de què disposa per oposar-se a aquesta decisió.

La institució deutora informa la institució competent de l'altre estat de la decisió presa i de la data en què la notificació ha estat adreçada al sol·licitant.

### Capítol III. Assegurança malaltia i maternitat

#### Article 6 *Totalització dels períodes d'assegurança per a obertura del dret a les prestacions (Aplicació de l'article 16 del Conveni)*

En el cas que, per a l'obertura, el manteniment o la recuperació del dret a les prestacions de les assegurances malaltia i maternitat, s'hagi de recórrer als períodes d'assegurança o assimilats complerts en l'altre estat, la informació relativa a aquests períodes complerts anteriorment és lliurada per la institució de l'estat a la legislació del qual l'assegurat ha estat sotmès anteriorment mitjançant una "atestació relativa a la totalització dels períodes d'assegurança [malaltia, maternitat, invalidesa, defunció (subsidi)]" (formulari SE 130-03). Aquesta atestació es lliura ja sigui a petició de la persona interessada, ja sigui a petició de la nova institució d'afiliació.

#### Article 7 *Pagament de les prestacions de reemborsament als treballadors i a les persones assegurades altres que pensionistes en cas de sojorn temporal a l'altre estat (Aplicació de l'article 17-1 a) del Conveni)*

1. Per tal de poder-se beneficiar de les prestacions de reemborsament pagades per la institució del lloc de sojorn, segons la normativa que aquesta darrera aplica pel compte de la institució d'afiliació en aplicació de la lletra a) de l'apartat 1 de l'article 17 del Conveni, l'assegurat, o el seu drethavent, presenta a la institució del lloc de sojorn una "atestació de drets a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat durant un sojorn al territori de l'altre estat contractant" (formulari SE 130-04).

Aquesta atestació és lliurada per la institució d'afiliació de la persona interessada, quan la sol·licita, si pot ser abans que abandoni el territori de l'estat on resideix. Aquesta atestació indica, en especial i si escau, la durada màxima d'atorgament de les prestacions de reemborsament, com la preveu la legislació d'afiliació. Si la persona concernida no presenta la dita atestació,

la institució del lloc de sojorn es posa en contacte amb la institució d'afiliació per tal d'obtenir-la.

2. L'atestació pot ser renovada a petició de la institució del lloc de sojorn, quan la seva validesa expira durant un període en què l'assegurat es beneficia de prestacions, en la mesura en què el seu dret a les prestacions encara roman obert a la vista de la legislació d'afiliació. La institució d'afiliació pot, en la mesura que sigui necessari, sol·licitar a la caixa del lloc de sojorn un control mèdic els resultats del qual s'han de comunicar al servei competent de la caixa d'afiliació.

3. Els assegurats que no realitzen en l'estat de sojorn temporal els tràmits que els permeten ser coberts de conformitat amb la legislació d'aquest estat i que paguen directament les seves factures, són reemborsats per la seva caixa d'afiliació en les condicions i els límits previstos per aquesta legislació per a la cobertura de les atencions rebudes a l'estranger.

#### Article 8

*Formalitats en cas de transferència de residència - prestacions de reemborsament (Aplicació de l'article 17-1 b) i c) del Conveni)*

##### 8.1 Autorització inicial

Per conservar el benefici de les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia i maternitat a l'estat altre que aquell d'afiliació, en els casos a què fan referència les lletres b) i c) de l'apartat 1 de l'article 17 del Conveni, l'assegurat, o el seu drethavent, ha de presentar necessàriament a la institució competent d'aquest estat una "atestació de manteniment del benefici de les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat" (formulari SE 130-05).

En cas de malaltia, aquesta atestació, que és lliurada a petició de l'interessat per la seva caixa d'afiliació abans de la seva marxa, comporta obligatòriament la indicació de la durada del servei de les prestacions.

En cas de maternitat, l'atestació, lliurada en les mateixes condicions que pel que fa a la malaltia, és vàlida per a l'atorgament de les prestacions de

reemborsament fins a la fi del període d'indemnització que preveu la legislació de l'estat d'afiliació.

Quan, per causes de força major, no s'ha pogut establir o demanar l'atestació anteriorment al sojorn o a la transferència de la residència a l'altre estat, la institució d'afiliació pot, ja sigui per iniciativa pròpia, ja sigui a petició de l'interessat o de la institució competent de l'altre estat, lliurar l'atestació posteriorment al sojorn o a la transferència de residència.

##### 8.2 Prolongació

Si l'estat de salut de l'assegurat o del seu drethavent necessita una prolongació de les atencions superior al període previst en un inici en l'atestació lliurada, la institució del lloc de residència, ja sigui per iniciativa pròpia, ja sigui a petició de l'assegurat, sol·licita la renovació de l'atestació.

La institució d'afiliació atorga la prolongació en la mesura que el dret a les prestacions roman obert a la vista de la seva legislació. Si és necessari, pot sol·licitar a la caixa del lloc de les atencions un control mèdic, els resultats del qual s'han de comunicar al servei competent de la caixa d'afiliació.

En cas de refús de la prolongació, els motius del refús com també les vies de recurs de què disposa l'interessat són notificats a l'assegurat i a la institució de la nova residència.

#### Article 9

*Pagament de les prestacions als treballadors i drethavents que resideixen a l'estat altre que l'estat d'afiliació (Aplicació dels articles 18 i 19 del Conveni)*

1. Per beneficiar-se de les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia i maternitat pagades pel compte de la institució d'afiliació per la institució del lloc de residència, segons les disposicions de la legislació que aquesta darrera aplica, en virtut de la lletra a) de l'article 18 del Conveni, el treballador que resideix a l'estat altre que l'estat d'afiliació està obligat a fer-se inscriure, amb els seus drethavents, prop de la institució del lloc de residència presentant una "atestació per a la

inscripció del treballador i dels seus drethavents." (formulari SE 130-06). Aquesta atestació és lliurada per la institució d'afiliació del treballador.

2. Per beneficiar-se de les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia i maternitat pagades pel compte de la institució d'afiliació per la institució del lloc de residència, segons les disposicions de la legislació que aquesta aplica, els drethavents a què fa referència l'article 19 del Conveni, que no resideixen amb la persona de qui obtenen els seus drets estan obligats a fer-se inscriure prop de la institució del seu lloc de residència presentant una "atestació per a la inscripció dels drethavents del treballador o del pensionista" (formulari SE 130-07). Aquesta atestació és lliurada per la institució d'afiliació de la persona mitjançant la qual gaudeixen dels seus drets..

3. La institució del lloc de residència notifica a la institució que ha lliurat l'atestació qualsevol inscripció que ha realitzat de conformitat amb les disposicions anteriors.

#### Article 10

*Pagament de les prestacions a les persones destacades i a altres persones esmentades a l'article 4 del Conveni (Aplicació de l'article 20 del Conveni)*

1. Quan, en aplicació de l'apartat 2 de l'article 20 del Conveni, el treballador, o el seu drethavent, opta per adreçar-se a la institució competent de l'estat al territori del qual el treballador exerceix la seva activitat, ha de presentar a aquesta institució una "atestació de drets a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat al territori de l'estat en què treballa" (formulari SE 130-08) i, si escau, en funció de la situació, el "certificat de subjecció" (formulari SE 130-01) o el "certificat d'afiliació per als funcionaris i personal assimilat que exerceixin la seva activitat a Andorra i mantinguts en els règims francesos" (formulari SE 130-02).

2. Quan el treballador, o el seu drethavent, opta per adreçar-se a la seva institució d'afiliació, aquesta paga les prestacions segons les condicions que preveu la legislació que aplica. En

aquest context, els funcionaris que exerceixen la seva activitat a Andorra i que estan afiliats a un règim francès de Seguretat Social, en aplicació del segon paràgraf de l'apartat 4 de l'article 4 del Conveni, es beneficien d'allò que estipula el capítol II del títol 1r del llibre VII del Codi francès de la seguretat social.

#### Article 11

*Disposicions comunes al conjunt dels assegurats dependent del Conveni per a les prestacions de salari i el control mèdic (Aplicació dels articles 17, 18 i 20 del Conveni)*

##### 11.1. Prestacions de salari

Per beneficiar-se de les prestacions de salari que estipulen els articles 17, 18 i 20 del Conveni, l'assegurat és qui ha de trametre directament a la seva caixa d'afiliació la seva baixa laboral. Aquesta caixa examina els drets de l'interessat i, si escau, li envia una nova atestació de dret a les atencions, a les condicions que s'estipulen a l'apartat 2 de l'article 7 i a l'article 8-2 del present arranjament.

En cas de refús de les prestacions de salari, la caixa notifica directament la seva decisió a l'assegurat precisant-li les vies i els terminis de recurs de què disposa.

##### 11.2. Control mèdic

La caixa d'afiliació informada d'una baixa laboral pot, en qualsevol moment, i en especial en cas de prolongació d'una baixa laboral anterior, sol·licitar a la caixa del lloc de sojorn o de residència un control mèdic els resultats del qual li seran comunicats sense demora.

#### Article 12

*Pagament de les prestacions als estudiants i a les persones que segueixen una formació professional (Aplicació de l'apartat 1 de l'article 21 del Conveni)*

Per beneficiar-se de les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia i maternitat pagades pel compte de la institució d'afiliació per la institució del lloc de sojorn, segons les disposicions de la legislació que aplica, en virtut de l'apartat 1 de l'article 21 del Conveni, els estudiants i les persones que segueixen una formació professio-

nal que sojornen a l'altre estat han de presentar obligatòriament, com també els seus drethavents, a la institució del lloc de sojorn, una "atestació de drets a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat durant un sojorn al territori de l'altre estat contractant" (formulari SE 130-04) que certifiqui que tenen dret, per a ells mateixos i per als seus drethavents, a les prestacions en qüestió en virtut de la seva legislació d'afiliació.

Aquesta atestació, que és lliurada per la institució d'afiliació a l'estudiant o a la persona que segueix una formació professional abans que abandoni el territori de l'estat en què resideix, indica en especial la durada màxima de l'atorgament de les prestacions de reemborsament, tal com la preveu la legislació d'aquest estat.

Quan la persona que segueix la formació professional no presenta la dita atestació, la institució del lloc de sojorn s'adreça a la institució d'afiliació d'aquesta persona per tal d'obtenir-la.

#### Article 13

*Pagament de les prestacions als pensionistes (Aplicació de l'article 22 del Conveni)*

##### 13.1. Residència a l'altre estat

Per a l'aplicació dels apartats 1 i 3 de l'article 22 del Conveni, el pensionista que resideix a l'altre estat està obligat a fer-se inscriure, com també els seus drethavents que resideixen amb ell, prop de la institució del lloc de residència, presentant una "atestació per a la inscripció del pensionista i dels seus drethavents" (formulari SE 130-09) que certifiqui que té dret a les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia-maternitat en virtut de la legislació de l'estat deutor de la pensió.

Per a l'aplicació de l'apartat 3 de l'article 22 del Conveni, els drethavents que no resideixen amb el pensionista s'han de fer inscriure prop de la institució del lloc de residència, presentant una "atestació per a la inscripció dels drethavents del treballador o del pensionista" (formulari SE 130-07).

La institució del lloc de residència notifica a la institució que ha lliurat l'atestació qualsevol inscripció que ha realitzat de conformitat amb les disposicions anteriors.

##### 13.2. Sojorn a l'altre estat

Per a l'aplicació de l'article 22, apartats 2 i 3, del Conveni, el pensionista que sojorna a l'estat altre que el de la seva residència, ha de presentar a la institució del lloc de sojorn una "atestació de drets a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat durant un sojorn al territori de l'altre estat contractant" (formulari SE 130-04) que certifiqui que té dret a les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia-maternitat per a ell mateix i per als seus drethavents en virtut de la legislació de l'estat on resideix.

Per a l'aplicació de l'article 22, apartats 1 i 3, del Conveni, en el moment de la inscripció efectuada en aplicació de l'apartat 13-1 del present arranjament, la institució del lloc de residència del pensionista li lliura una "atestació de drets a les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia i maternitat per al pensionista inscrit prop de la Caixa Andorrana pel compte del règim francès que ve en sojorn temporal a França" que figura com a annex del formulari SE 130-09, ha de presentar per rebre atencions en cas de sojorn a l'estat de la institució deutora de la pensió, a càrrec del règim de l'estat deutor.

##### 13.3. Lliurament de les atestacions

Les atestacions a què fa referència l'apartat 13-2 del present arranjament, lliurades per la institució del lloc de residència del pensionista, o del drethavent, si és possible abans que abandoni el territori de l'estat on resideix, indiquen en especial, si escau, la durada màxima d'atorgament de les prestacions de reemborsament, com ho preveu la legislació d'aquest estat. Si el pensionista no presenta la dita atestació, la institució del lloc de sojorn s'adreça a la institució del lloc de residència del pensionista per tal d'obtenir-la.

## Article 14

*Canvi en la situació d'un assegurat o del seu drethavent. Validesa dels formularis. Control mèdic.*

14.1. Canvi en la situació d'un assegurat o del seu drethavent

Validesa dels formularis

Per a l'aplicació de les disposicions del capítol III del Conveni, els assegurats estan obligats a informar la institució del lloc de residència o de sojorn temporal que els paga prestacions a la vista d'una atestació de dret lliurada per la seva institució d'afiliació, de qualsevol canvi que es produeixi en la seva situació i que sigui susceptible de modificar el seu dret a les prestacions.

La institució d'afiliació també ha d'informar la institució de l'altre estat quan un assegurat o el seu drethavent deixa de tenir dret a prestacions en els casos que estipulen els articles 9 i 13 del present arranjamant. La fi dels drets, en les situacions en qüestió, dona lloc a l'emissió d'un formulari de "notificació de suspensió o de supressió del dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, o maternitat" (formulari SE 130-10).

14.2. Control mèdic

En tots els casos en què la institució d'afiliació es fa càrrec de les prestacions de reemborsament de les assegurances malaltia i maternitat, pot sol·licitar a la caixa del lloc de sojorn o de residència un control mèdic, els resultats del qual es comuniquen al servei competent de la caixa d'afiliació.

## Article 15

*Pròtesis, grans aparells i prestacions de reemborsament de gran importància (Aplicació dels articles 23 i 40 del Conveni)*

La llista de les pròtesis, grans aparells i prestacions de reemborsament de gran importància que figuren als articles 23 i 40 del Conveni, figura en annex núm. 1 del present arranjamant administratiu general. La sol·licitud d'autorització d'atorgament de prestacions de reemborsament de gran importància s'introdueix mitjançant un formulari (formulari SE 130-12).

Els casos d'urgència que, en el sentit dels dits articles, dispensen de sol·licitar l'autorització de la institució d'afiliació requerida per a les despeses sobre justificants, són aquells en què el pagament de les prestacions no es pot diferir sense comprometre la salut de l'interessat.

**Capítol IV. Pensions d'invalidesa**

## Article 16

*Totalització dels períodes d'assegurança, introducció i tramitació de les sol·licituds de pensió, reemborsament entre institucions*

1. Les disposicions dels articles 3, 4 i 5 del present arranjamant administratiu són aplicables en tant que necessàries a les pensions d'invalidesa.

2. En el cas que, per a l'obertura, el manteniment o la recuperació del dret a pensió d'invalidesa, s'han de recórrer als períodes d'assegurança o assimilats complerts a l'altre estat, la informació relativa a aquests períodes anteriorment efectuats és donada per la institució de l'estat al territori del qual s'han complert, mitjançant una "atestació relativa a la totalització dels períodes d'assegurança [malaltia, maternitat, invalidesa, defunció (subsidi)]" (formulari SE 130-03). Aquesta atestació és lliurada ja sigui a petició de la persona interessada, ja sigui a petició de la nova institució que examina els drets a pensió d'invalidesa.

La sol·licitud de pensió d'invalidesa ha d'anar acompanyada d'un informe mèdic i de tots els altres documents justificatius necessaris.

3. En el supòsit previst a l'apartat 2 paràgraf 2 de l'article 26, en què l'estat altre que el deutor de la pensió d'invalidesa es fa càrrec d'una part de la prestació, el reemborsament a la institució competent es fa anyalment a través dels organismes d'enllaç.

**Capítol V. Assegurança defunció**

## Article 17

*Dipòsit i transferència de les sol·licituds, pagament de les prestacions (Aplicació de l'article 30 del Conveni)*

Per obtenir les prestacions de defunció que s'esmenten a l'article 30 del Conveni, els drethavents d'un

assegurat d'un règim francès que resideixi a Andorra i els drethavents d'un assegurat d'un règim andorrà que resideixi a França, dipositen la seva sol·licitud ja sigui prop de la institució d'afiliació, ja sigui prop de la institució competent de l'estat de la seva residència.

En aquest darrer cas, la institució de l'estat de residència inscriu la data de recepció i tramet, sense demora, a la institució d'afiliació de l'assegurat, la sol·licitud de prestació de defunció, adjuntant-hi els documents justificatius necessaris i, eventualment, el formulari d'atestació dels períodes d'assegurança (formulari SE 130-03).

Les prestacions de defunció degudes en virtut de la legislació d'un estat són pagades directament per la institució competent d'aquest estat al beneficiari que resideixi al territori de l'altre estat.

**Capítol VI. Assegurança accidents de treball i malalties professionals**

## Article 18

*Pagament de les prestacions als treballadors en cas de sojorn temporal a l'altre estat (Aplicació de l'article 33 del Conveni)*

Per a l'aplicació de la lletra a) de l'article 33 del Conveni, els treballadors que sojornen a l'altre estat estan obligats a presentar a la institució del lloc de sojorn una "atestació relativa a les prestacions de l'assegurança accident de treball" (formulari SE 130-11) que certifiqui que tenen dret a les prestacions de reemborsament de les assegurances accidents de treball i malalties professionals en virtut de la legislació de l'estat d'afiliació.

Aquesta atestació, lliurada per la institució d'afiliació del treballador si és possible abans que abandoni el territori de l'estat d'afiliació, indica en especial, si escau, la durada màxima d'atorgament de les prestacions de reemborsament, com ho preveu la legislació d'aquest estat. Si el treballador no presenta la dita atestació, la institució del lloc de sojorn s'adreça a la institució competent per tal d'obtenir-la.

## Article 19

*Formalitats en cas de transferència de residència autoritzada (Aplicació dels articles 33 i 35 del Conveni)*

1. Quan l'assegurat a què fa referència l'article 33 del Conveni és autoritzat a conservar el benefici de les prestacions d'incapacitat temporal al territori de l'altre estat, el procediment que s'ha de seguir és aquell que estipula l'article 8 del present arranament administratiu.

2. Quan l'accident de treball ocorre o quan la malaltia professional es constata des del punt de vista mèdic per primer cop a l'altre estat o quan l'assegurat és víctima d'una recaiguda en el sentit de l'article 35 del Conveni, la declaració de l'accident, de la malaltia o de la recaiguda s'ha de fer a la institució d'afiliació de l'assegurat, ja sigui directament, ja sigui a través de la institució competent de l'estat al territori del qual ha ocorregut l'accident o la malaltia professional o la recaiguda. Aquesta declaració s'ha d'acompanyar dels documents mèdics justificatius.

Tan bon punt rep la declaració, la institució d'afiliació pot demanar a la institució de l'altre estat que el seu control mèdic realitzi l'examen de l'interessat, el qual dóna una opinió motivada sense demora. A la vista de l'opinió del seu propi control mèdic, realitzat, si escau, després del control realitzat a l'altre estat, la institució d'afiliació pren la seva decisió i la notifica, d'una banda, a l'assegurat interessat i, d'altra banda, a la institució competent de la nova residència d'aquest mateix assegurat.

3. La notificació que s'estipula en l'apartat 2, segon paràgraf, del present article comporta obligatòriament:

- en cas d'acord, la indicació, d'una banda, de la durada previsible del servei de les prestacions o de la seva pròrroga i, d'altra banda, de la naturalesa de les prestacions degudes;
- en cas de refús, la indicació del motiu del refús i de les vies de recurs de què disposa l'assegurat.

Quan la institució d'afiliació posa en discussió que, pel que fa a l'accident de treball o a la malaltia professional de les quals ha estat informada en les

condicions que es descriuen en l'apartat 2 del present article, la legislació relativa als accidents de treball o a les malalties professionals sigui aplicable, ho comunica immediatament a la institució de l'altre estat. Les prestacions de reemborsament es consideren, aleshores, com a dependents de l'assegurança malaltia i es continuen pagant a aquest títol.

4. En finalitzar el tractament realitzat a l'altre estat, es trameta a la institució d'afiliació un informe detallat, al qual s'adjunten els certificats mèdics relatius a les conseqüències permanents de l'accident de treball o de la malaltia professional.

## Article 20

*Pagament de les prestacions als treballadors que resideixen en un dels dos estats i treballen a l'altre i als treballadors a què fa referència l'article 4 (Aplicació de l'article 34 del Conveni)*

Per a l'aplicació del primer paràgraf i) de l'article 34 del Conveni, s'apliquen les disposicions de l'article 9 del present arranament administratiu.

## Article 21

*Requisits en el cas d'agreujament de la malaltia professional (Aplicació de l'article 38 del Conveni)*

Per a l'aplicació de l'article 38 del Conveni, l'assegurat ha de subministrar a la institució competent de l'estat de la seva nova residència les dades necessàries relatives a les prestacions liquidades anteriorment per reparar la malaltia professional considerada. Si aquesta institució ho considera necessari, pot adreçar-se a la institució que ha pagat a l'interessat les prestacions en qüestió, per tal d'obtenir-ne totes les precisions.

**Capítol VII. Prestacions familiars**

## Article 22

*Pagament de les prestacions familiars als treballadors destacats (Aplicació de l'article 41 del Conveni)*

1. Per beneficiar-se de les prestacions familiars en els casos que estipula l'article 41 del Conveni, el treballador adreça la seva sol·licitud a la institució

competent de l'estat d'afiliació, eventualment a través del seu patró.

2. En el sentit de l'article 41 del Conveni, els termes "prestacions familiars" comporten, del costat francès, els subsidis familiars i el subsidi per a fill jove pagat fins que el nen compleixi els tres mesos.

3. La institució competent de l'estat d'afiliació del treballador efectua directament el pagament de les prestacions a l'índex i segons les modalitats estipulades per la legislació que la dita institució s'encarrega d'aplicar.

4. El treballador ha d'informar obligatòriament, si escau, ja sigui directament ja sigui a través del seu patró, la institució competent de l'estat d'afiliació de qualsevol canvi ocorregut en la situació dels seus fills susceptible de modificar el dret a les prestacions familiars, de qualsevol modificació del nombre de fills per als quals les dites prestacions són degudes i de qualsevol trasllat de residència dels seus fills.

**Capítol VIII. Disposicions diverses**

## Article 23

*Reemborsaments (Aplicació de l'article 42 del Conveni)*

Els reemborsaments que s'esmenten a l'article 42 del Conveni es realitzen en base a les despeses reals suportades per la institució que les ha exposat com resulten de "la llista individual de despeses efectives" (formulari SE 130-17) que aquesta institució presenta.

Quan les institucions franceses han pagat les prestacions, l'organisme d'enllaç francès centralitza semestralment les dites llistes individuals de despeses.

Els organismes d'enllaç s'adrecen semestralment les llistes individuals de despeses acompanyades d'un albarà de recapitulació.

Les quantitats degudes són pagades durant el semestre posterior a la data de recepció de les llistes individuals de despeses i de l'albarà de recapitulació.

## Article 24

*Organismes d'enllaç (Aplicació de l'article 43, 2n paràgraf, del Conveni)*

En aplicació del segon paràgraf de l'article 43 del Conveni, es designen com a organismes d'enllaç:

- a França, el Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants,
- a Andorra, la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Els organismes d'enllaç poden comunicar-se directament entre ells, com també amb els interessats o els seus mandataris autoritzats.

## Article 25

*Formularis (Aplicació de l'article 43, paràgraf 3r, del Conveni)*

Els models dels formularis necessaris per a l'aplicació dels procediments i dels tràmits previstos pel Conveni i pel present arranjamnt administratiu general figuren en annex núm. 2 del dit arranjamnt administratiu general.

## Article 26

*Informació i assistència mútua administrativa (Aplicació de l'article 45 del Conveni)*

1. Per a l'aplicació del Conveni, la institució competent d'un estat presta els seus bons oficis a la institució competent de l'altre estat, ja sigui per fer procedir a qualsevol control o a qualsevol examen mèdic considerat necessari, ja sigui per permetre a una institució competent que exerceixi un recurs en el territori de l'altre estat contra el beneficiari que hagi cobrat indegudament unes prestacions.

2. Les despeses que resulten dels controls mèdics i administratius esmentats en l'apartat 1 i efectuats per cura de les institucions competents d'un estat a petició de les institucions competents de l'altre estat són a càrrec d'aquestes últimes. Els reemborsaments s'efectuen en les condicions que estipula l'article 23 del present arranjamnt administratiu general.

## Article 27

*Entrada en vigor*

El present arranjamnt administratiu entra en vigor el mateix dia que el Conveni del qual fa aplicació.

Fet a París i Andorra la Vella el 23 de gener i l'1 de març del 2001 en dos exemplars, en les llengües catalana i francesa, ambdós textos igualment fefaents.

*La Presidenta del Consell d'Administració de la Caixa Andorrana de Seguretat Social*

*Pel ministre francès responsable de la seguretat social*

*Pel ministre francès responsable de l'agricultura*

**Annex núm. 1**

Llista de les pròtesis, grans aparells i prestacions de reemborsament de gran importància

1. Les prestacions que s'esmenten als articles 23 i 40 del Conveni són les prestacions previstes per la legislació del lloc de residència o de sojorn l'atorgament de les quals està subordinat a una autorització prèvia de la institució que aplica aquesta legislació.

2. La institució del lloc de residència o de sojorn que ha donat l'autorització prèvia per a l'atorgament d'una prestació de reemborsament informa la institució competent de la seva decisió quan:

2.1. La prestació figura en la llista següent:

- a) aparells de pròtesi, aparells d'ortopèdia o ortopròtesis, com també suplementos, accessoris i reparacions;
- b) sabates ortopèdiques, inclosos suplementos, reparacions i eventuales afegits;
- c) pròtesis oculars i facials;
- d) pròtesis dentals (fixes i amovibles) i pròtesis obturadores de la cavitat bucal;
- e) vehicles per a minusvàlids físics, amb propulsió per motor elèctric (de lloguer o de compra);
- f) renovació dels subministraments esmentats en les lletres a) a e);
- g) cures;
- h) manteniment i tractament mèdic: en una casa de convalescència, un sanatori o un "aèrium" (sanatori en altitud),

en un preventori quan la durada del sojorn sembla haver-se d'allargar més enllà de vint dies, segons l'opinió del metge habitual, o si la legislació del país on es troba l'interessat ho exigeix en casos anàlegs, segons l'opinió del metge controlador (metge-assessor) de la institució del lloc de sojorn o del lloc de residència, o quan la durada del sojorn s'allarga, contràriament a l'opinió prèvia del metge damunt esmentat, més enllà de vint dies;

i) tota subvenció destinada a cobrir una part del cost que resulti de l'atorgament de les prestacions que s'esmenten en les lletres a) a i)

i

2.2 el cost probable o efectiu de la prestació en qüestió excedeixi un import de 500 euros.

3. En el supòsit en què un dels subministraments que s'esmenta a les lletres a) a e) del paràgraf 2.1. anterior es troba eventualment trencat o deteriorat, per establir la urgència només s'ha de justificar la necessitat de renovació del subministrament en qüestió.

---

**Annex núm. 2**

## Llista dels formularis

- SE 130-01 Certificat de subjecció
- SE 130-02 Certificat d'afiliació per als funcionaris i personal assimilat que exerceixin la seva activitat a Andorra i mantinguts en els règims francesos
- SE 130-03 Atestació relativa a la totalització dels períodes d'assegurança [malaltia, maternitat, invalidesa, defunció (subsidi)]
- SE 130-04 Atestació de drets a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat durant un sojorn al territori de l'altre estat contractant
- SE 130-05 Atestació de manteniment del benefici de les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat
- SE 130-06 Atestació per a la inscripció del treballador i dels seus drethavents
- SE 130-07 Atestació per a la inscripció dels drethavents del treballador o del pensionista
- SE 130-08 Atestació de drets a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, o maternitat al territori de l'estat on treballa
- SE 130-09 Atestació per a la inscripció del pensionista i dels seus drethavents
- SE 130-10 Notificació de suspensió o de supressió del dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança malaltia, maternitat
- SE 130-11 Atestació relativa a les prestacions de l'assegurança accident de treball
- SE 130-12 Atorgament de prestacions de reemborsament de gran importància
- SE 130-13 Sol·licitud de pensió de vellesa
- SE 130-14 Sol·licitud de pensió de supervivent
- SE 130-15 Atestació relativa a la carrera d'assegurança
- SE 130-16 Informe mèdic
- SE 130-17 Llista individual de despeses efectives.

El Ministeri d'Afers Exteriors donarà a conèixer la data d'entrada en vigor per a Andorra de l'Arranjament.

---



SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇAFormulari  
SE 130-01

## CERTIFICAT DE SUBJECCIÓ

*(Article 4, apartats 2, 3 i 7 del Conveni – Article 2 de l'arranjament administratiu)*

- Destacament inicial  
 Prolongació del destacament  
 Derogació excepcional

Dossier núm. .... (1)

(1) Aquest número, com també el número de matriculació, han de figurar a tota la correspondència que el treballador destacat tramet a l'organisme d'afiliació.

1	DADES RELATIVES AL TREBALLADOR
1.1	Cognoms..... Cognom de naixement.....
1.2	Noms .....
1.3	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculi - <input type="checkbox"/> Femeni                      Nacionalitat : .....
	<input type="checkbox"/> Solter(a) - <input type="checkbox"/> Casat (ada) - <input type="checkbox"/> Vidu(idua) - <input type="checkbox"/> Divorciat (ada) - <input type="checkbox"/> Separat (ada)
1.4	Data de naixement ..... Lloc de naixement .....
1.5	Adreça precisa del treballador:
1.6	- al país d'afiliació .....
	.....
	- al país en què es troba destacat.....
	.....
1.7	Professió .....
1.8	Número de matriculació a França: .....
	Número de matriculació a Andorra: .....

2. DADES RELATIVES ALS DRETHAVENTS QUE L'ACOMPANYEN					
	Cognoms	Noms	Data de naixement	Relació Familiar	Observacions
2.1	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....

3.	<input type="checkbox"/> PATRO <input type="checkbox"/> ACTIVITAT NO ASSALARIADA	
3.1	Nom o raó social : .....	
3.2	Número d'identificació : .....	
3.3	Adreça : .....	
	Telèfon : .....	Fax : .....

4. L'ASSEGURAT DAMUNT ESMENTAT :

es troba destacat o exercirà una activitat no assalariada durant un període probable del ..... al .....

a l'establiment següent :

Nom o raó social : ..... Número d'identificació : ..... Adreça : ..... Telèfon : .....                      Fax : .....
--

on realitzarà el treball que es descriu a continuació :

.....

.....

.....

5. LA INSTITUCIO COMPETENT QUE ES DESIGNA A CONTINUACIO :

Denominació: .....

Adreça: .....

.....

certifica que :

Sr. ....

roman assegurat a la legislació de seguretat social

andorrana

del ..... al .....

francesa

en el marc de:

destacament inicial

prolongació de destacament \*

derogació excepcional \*

\* referències de l'acord donat par les autoritats  andorranes  franceses .....

.....

Signatura del representant de l'organisme  
(designació i segell)

## INSTRUCCIONS

La institució competent de l'estat a la legislació del qual el treballador roman assegurat omple el formulari a petició del patró o del treballador no assalariat, i el lliura al sol·licitant.

### INFORMACIONS PER AL TREBALLADOR DESTACAT

*El present certificat no dispensa el treballador de respectar les obligacions relatives a l'entrada i a l'estada al país en el qual exerceix temporalment la seva activitat.*

#### A. DESTACAMENT INICIAL

Un any com a màxim (article 4, apartat 2, paràgraf 1, del conveni per al treballador assalariat, article 4, apartat 3 del conveni per al treballador independent).

El patró o el treballador no assalariat ha de demanar a la caixa competent que li sigui lliurat el certificat de destacament. Aquest document l'emet:

- pel que fa a la legislació francesa, la caixa en la circumscripció de la qual es troba l'empresa que contracta el treballador assalariat o la caixa d'afiliació del treballador no assalariat;
- pel que fa a la legislació andorrana, la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

#### B. PROLONGACIO (article 4, apartat 2, paràgraf segon, i apartat 3 del conveni, article 2, apartat 2 de l'arranjament administratiu)

Un any amb la reserva de l'acord de les autoritats competents franceses i andorranes.

El patró o el treballador no assalariat s'han d'adreçar, abans de l'expiració del període inicial,

- pel que fa a una sol·licitud de manteniment a la legislació francesa : al directeur du Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants, 11 rue de la Tour des Dames – F - 75346 Paris cedex 09,
- pel que fa a una sol·licitud de manteniment a la legislació andorrana, a la Caixa Andorrana de Seguretat Social, Joan Maragall, 3 - Andorra la Vella – Principat d'Andorra.

#### C. DESTACAMENT EXCEPCIONAL (article 4, apartat 7 del conveni, article 2, apartat 3 de l'arranjament administratiu)

Per poder obtenir un acord en el marc de l'article 4, apartat 7, del conveni, el patró o el treballador no assalariat s'han d'adreçar:

- pel que fa a una sol·licitud de manteniment a la legislació francesa : al directeur du Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants, 11 rue de la Tour des Dames – F - 75346 Paris cedex 09,
- pel que fa a una sol·licitud de manteniment a la legislació andorrana, a la Caixa Andorrana de Seguretat Social, Joan Maragall, 3 - Andorra la Vella – Principat d'Andorra.

## D. DRETS A LES PRESTACIONS

Per poder obtenir les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia al país de destacament, el treballador destacat ha de demanar a la caixa que ha establert el certificat de destacament que li lliuri una atestació de dret (formulari SE 130-08). El dit formulari li és lliurat en la mesura que compleix les condicions d'obertura als drets a les prestacions en qüestió, segons la legislació del país d'afiliació.

- Assegurança malaltia-maternitat (article 20 del conveni, article 10 de l'arranjament administratiu):
  - *Prestacions de reemborsament* : el treballador destacat pot beneficiar-se de les prestacions de l'assegurança per malaltia i maternitat per a ell mateix i per als drethavents que l'acompanyen, al país on exerceix temporalment la seva activitat. Les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia maternitat poden ser pagades per la institució competent del nou estat de treball, segons les disposicions de la legislació que aplica, contra presentació del formulari 130-08. Si el treballador no realitza els tràmits esmentats, ha de presentar les factures pagades de les despeses, directament a la seva caixa d'afiliació, que li reemborsa les dites despeses, segons les tarifes de la legislació que aplica.
  - *Prestacions de salari*: de conformitat amb l'article 20 del conveni, les prestacions de salari són pagades directament per la institució d'afiliació del treballador. En el cas de baixa laboral, el treballador destacat ha de trametre a la seva caixa d'afiliació les baixes laborals establertes pel metge (article 11, apartat 1 de l'arranjament administratiu).
- Assegurança per accidents de treball i malalties professionals: en el cas que es produeix un accident de treball al territori del nou estat de treball, aquest accident de treball s'ha de declarar a la caixa d'afiliació del treballador que, si escau, lliura un formulari que permet al treballador beneficiar-se, a l'estat de treball, de les prestacions de reemborsament de l'assegurança per accident de treball pagades per la institució del dit estat segons les disposicions de la legislació que aplica.

Les prestacions de salari són pagades directament per la institució d'afiliació, contra presentació de les baixes laborals que el treballador li ha tramès.

- Prestacions familiars: les prestacions familiars que poden ser pagades al treballador destacat per als infants que l'acompanyen són les següents:
  - de França a Andorra: les prestacions familiars i el subsidi pagat per un fill fins a l'edat de tres mesos de l'infant.
  - atesa l'absència de prestacions familiars en el règim andorrà de seguretat social, el treballador destacat d'Andorra a França no es beneficia de prestacions a càrrec d'Andorra.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

FORMULARI  
SE 130-02

**CERTIFICAT D'AFILIACIÓ PER ALS FUNCIONARIS I PERSONAL ASSIMILAT QUE EXERCEIXIN LA SEVA ACTIVITAT A ANDORRA I MANTINGUTS EN ELS RÈGIMS FRANCESOS**

*(Article 4 apartat 4, paràgraf 2, del Conveni – Article 2 de l'arranjament administratiu)*

<b>1</b>	<b>DADES RELATIVES AL FUNCIONARI (O PERSONAL ASSIMILAT)</b>
1.1	Cognoms..... Cognom de naixement:.....
1.2	Noms: .....
1.3	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculí - <input type="checkbox"/> Femení                      Nacionalitat: .....
	<input type="checkbox"/> Solter(a) - <input type="checkbox"/> Casat (ada) - <input type="checkbox"/> Vidu(jdua) - <input type="checkbox"/> Divorciat (ada) - <input type="checkbox"/> Separat (ada)
1.4	Data de naixement ..... Lloc de naixement .....
1.5	Adreça precisa del funcionari:
1.6	- al país d'afiliació .....
	.....
	- al país on es troba en funció.....
	.....
1.7	Funció .....
1.8	Número de matriculació a França: .....

<b>2</b>	<b>ADMINISTRACIO DE LA QUAL DEPEN LA PERSONA ESMENTADA AL QUADRE 1.</b>
2.1	Nom: .....
2.2	Adreça: .....
	.....

**3 SITUACIÓ ADMINISTRATIVA**

El funcionari, o personal assimilat, damunt esmentat, que té l'estatus (1) de : .....

és col·locat en posició d'activitat a Andorra del..... al .....

és destacat (2) o posat a disposició en el sentit del seu estatus (2) per exercir les seves funcions a Andorra del ..... al .....

prop de l'Administració francesa o de l'establiment públic designat a continuació

Nom: .....

Adreça: .....

**4 INSTITUCIÓ QUE ESTABLEIX EL CERTIFICAT D'AFILIACIÓ**

4.1 Denominació: .....

4.2 Adreça: .....

4.3 Segell

4.4 Data: .....

4.5 Signatura:

(1) Preciseu l'estatus de l'agent:

- Funcionari:
  - . Funcionari de l'estat
  - . Funció pública hospitalària
  - . Funció pública territorial
- Militar
- Magistrat
- Obrer de l'estat

(2) Ratlleu la menció inútil

## INSTRUCCIONS

---

Els serveis del personal de l'Administració que gestionen el dossier del funcionari o del personal assimilat omplen el formulari i el lliuren a l'interessat.

### INFORMACIONS PER A L'ÚS DEL FUNCIONARI

**El funcionari o assimilat pot beneficiar-se de les prestacions en concepte de l'assegurança per malaltia, maternitat o de les prestacions familiars en les condicions que es precisen a continuació.**

**Prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia-i maternitat** (article 20 del conveni, article 10 de l'arranjament administratiu):

Per poder obtenir les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia al país on exerceix les seves funcions, el funcionari o personal assimilat ha de sol·licitar a la caixa o a la mútua de la qual depèn, que li sigui lliurada una atestació de dret (formulari SE 130-08).

Les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia i maternitat li poden ser pagades, com també als seus drethavents, per la institució competent del país on exerceix la seva activitat de manera temporal, segons les disposicions de la legislació que aplica contra presentació del formulari damunt esmentat.

Si el funcionari o personal assimilat no s'adreça a aquesta institució, haurà de presentar les factures pagades de les despeses , directament a la seva caixa d'afiliació (o mútua de la qual depèn), que reemborsa les dites despeses, segons les tarifes de la legislació que aplica.

**Prestacions familiars:** les prestacions familiars que poden ser pagades al funcionari o personal assimilat per als infants que l'acompanyen de França a Andorra són les prestacions familiars i el subsidi pagat per un fill fins a l'edat de tres mesos de l'infant.



SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇAFormulari  
SE 130-03

## ATESTACIÓ RELATIVA A LA TOTALITZACIÓ DELS PERÍODES D'ASSEGURANÇA

Malaltia- Maternitat - Invalidesa - Defunció (subsidi)

(Articles 16 i 25, apartat 2 del Conveni - Article 5 de l'arranjament administratiu)

La institució competent omple la part A del formulari i en trameta dos exemplars a la institució del territori a la legislació del qual l'interessat ha estat sotmès anteriorment. Aquesta institució omple la part B i torna el formulari a la institució que li ha enviat. Si el formulari s'ha establert a petició de l'assegurat, la institució, que l'ha d'establir obligatòriament, omple la part B i lliura o trameta el formulari al mateix interessat.

## PART A

<b>1</b>	<b>INSTITUCIO DESTINATARIA</b>
1.1	Denominació: .....
1.2	Adreça (1): .....
	.....
<b>2</b>	<b>ASSEGURAT</b>
2.1	Cognoms: ..... Nom: .....
2.2	Cognom de naixement: ..... Data de naixement: .....
2.3	Número de matriculació: .....
2.4	A partir de la data que figura al punt 3.1 l'assegurat ha exercit una activitat
	<input type="checkbox"/> Assalariada <input type="checkbox"/> No assalariada
	<input type="checkbox"/> Nom o raó social de l'últim patró <input type="checkbox"/> Última activitat no assalariada
	Adreça (1): .....
	.....
2.5	<input type="checkbox"/> Patrons precedents (2) Nom o raó social / adreça (1)
	<input type="checkbox"/> Activitats no assalariades precedents
	.....
	.....
	.....

3 Amb vista a tramitar una sol·licitud presentada per l'assegurat damunt esmentat, us agraiem que ens comuniqui els períodes d'assegurança o de treball que ha complert :

3.1 a partir del .....

3.2 sota la legislació del vostre país, per al risc :

malaltia-maternitat

invalidesa

defunció

<b>4</b>	<b>INSTITUCIO COMPETENT</b>		
4.1	Denominació: .....	Número de codi (3): .....	
4.2	Adreça (2): .....		
4.3	Segell	4.4	Data: .....
		4.5	Signatura:

**PART B**

<b>5</b>	<b>ASSEGURAT (4)</b>		
5.1	Cognom: .....	5.2	Nom: .....
5.2	Cognom de naixement: .....	5.3	Data de naixement: .....
5.3	Número de matriculació: .....		

6 L'assegurat indicat  al quadre 2  al quadre 5  
 ha complert  des del .....

<b>7</b>	<b>ELS PERÍODES D'ASSEGURANÇA O DE TREBALL SEGÜENTS, PER A LES PRESTACIONS SEGÜENTS:</b>					
7.1	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.2	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.3	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.4	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.5	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.6	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.7	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.8	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.9	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			
7.10	del .....	al .....	per al (5) risc de .....			

<b>8</b>	<b>INSTITUCIO QUE OMPLE LA PART B</b>	
8.1	Denominació: .....	Número de codi (3): .....
8.2	Adreça (2): .....	
	.....	
8.3	Segell	4.4 Data: .....
		4.5 Signatura

### INSTRUCCIONS

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Té tres pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil

### Notes

- (1) Carrer, número, codi postal, localitat, país
- (2) Ompliu-ho en la mesura que sigui possible
- (3) Si en té
- (4) Únicament quan el formulari és lliurat directament a la persona interessada
- (5) Indiqueu el risc cobert amb el codi següent:
  - A = malaltia maternitat
  - B = defunció (subsidi)
  - C = invalidesa

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

Formulari  
SE 130-04

**ATESTACIÓ DE DRET A LES PRESTACIONS DE REEMBORSAMENT DE L'ASSEGURANÇA PER MALALTIA O MATERNITAT DURANT UN SOJORN AL TERRITORI DE L'ALTRE ESTAT CONTRACTANT**

(Articles 17 apartats 1, a) i 3, 21, 22 apartats 1 i 3 del Conveni;  
articles 7, 12, 13 de l'arranjament administratiu)

La institució competent omple el formulari i el lliura a la persona interessada o el tramet a la institució del lloc de sojorn si el formulari ha estat establert a petició d'aquesta institució.

Treballador no assalariat     Funcionari     Estudiant o persona en formació professional

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Treballador assalariat	<input type="checkbox"/> Titular de pensió o de renda	<input type="checkbox"/> Altres
1.1	Cognom:..... Nom: .....		
	Cognom de naixement:.....		Data de naixement: .....
1.2	Adreça (1): .....		
1.3	Número de matriculació:.....		

<b>2</b>	<b>DRETHAVENTS (2)</b>			
2.1	Cognoms	Nom	Cognom de naixement	Data de naixement
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	Adreça habitual (1) (3) : .....			
	.....			

**3** Les persones damunt esmentades tenen dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia o maternitat.

Aquestes prestacions poden ser pagades:

3.1  del ..... al ..... ambdues dates incloses

<b>4</b>	<b>INSTITUCIO COMPETENT</b>	
4.1	Denominació: .....	Número de codi (4): .....
4.2	Adreça (1): .....	
4.3	Segell	4.4 Data: .....
		4.5 Signatura:
4.6	Validació del .....	al .....
4.7	Segell	4.8 Data: .....
		4.9 Signatura:
4.10	Validació del .....	al .....
4.11	Segell	4.12 Data : .....
		4.13 Signatura :

<b>5</b>	<b>INSTITUCIO FRANCESA COMPETENT PAR ALS ACCIDENTS DE LA VIDA PRIVADA DELS NO ASSALARIATS AGRICOLES</b>	
5.1	Denominació: .....	Número de codi (4): .....
5.2	Adreça (1): .....	
5.3	Segell	5.4 Data: .....
		5.5 Signatura:

## INSTRUCCIONS

---

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Comporta tres pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

### INDICACIONS PER A L'ASSEGURAT I ELS SEUS DRETHAVENTS

Les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia i maternitat poden ser pagades contra presentació d'aquest document, per la institució competent del lloc de sojorn, per a atencions immediatament necessàries als treballadors, els seus drethavents i les persones assegurades que es troben en sojorn turístic a l'estat altre que l'estat competent.

Si es tracta [dels estudiants o de les persones que cursen estudis o una formació professional en el territori de l'altre estat contractant o] del titular de pensió, en la situació a què fa referència l'article 22, apartat 1 del conveni, les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia o maternitat poden ser pagades per la caixa del lloc de sojorn, segons les disposicions de la legislació que aquesta aplica per a qualsevol estat que requereixi prestacions durant el sojorn. Aquestes disposicions també són vàlides per als drethavents dels interessats.

**Si el seu estat de salut requereix una baixa laboral, correspon al treballador susceptible de beneficiar-se de les prestacions de salari de l'assegurança per malaltia o maternitat enviar la baixa directament a la institució d'afiliació.** En el cas de baixa laboral, correspon a la caixa competent lliurar, si escau, una nova atestació de drets a les atencions de salut si la primera atestació ja ha vençut mentre el dret encara roman obert.

Quan un dels interessats ha de recórrer a les prestacions, incloent-hi l'hospitalització, aquest document ha de ser presentat a l'organisme de l'estat en el territori del qual sojorna, és a dir :

- a França : a la "caisse primaire d'assurance maladie" a la circumscripció de la qual es donen les atencions
- a Andorra : a la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

## NOTES

---

(1) Carrer, número, codi postal, localitat, país

(2) Indiqueu únicament els drethavents que es desplacen temporalment a l'altre territori

(3) Únicament si l'adreça dels drethavents és diferent de l'adreça de l'assegurat

(4) Si en disposa



**3** La persona designada  al quadre 1  al quadre 2 és autoritzada a conservar el benefici de les prestacions de reemborsament

de l'assegurança per malaltia

de l'assegurança per maternitat

de l'assegurança per accidents de la vida privada (4) a ....., territori al qual viatja:

3.1  per establir-hi la seva residència

3.2  per rebre-hi atencions prop de .....

**4** Aquestes prestacions poden ser pagades, en presentar la present atestació,

4.1 del ..... al ..... ambdues dates incloses

**5** L'INFORME DEL NOSTRE METGE CONTROLADOR

5.1  s'adjunta en sobre tancat

5.2  es va enviar el ..... a (5) .....

5.3  ens pot ser reclamat en comunicació

5.4  no s'ha establert

**6** INSTITUCIO COMPETENT

6.1 Denominació: ..... Número de codi (6): .....

6.2 Adreça (1): .....

6.3 Segell

6.4 Data: .....

6.5 Signatura:



## INSTRUCCIONS

---

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Comporta tres pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

### INDICACIONS PER AL TREBALLADOR I ELS SEUS DRETHAVENTS

Quan un dels interessats ha de recórrer a les prestacions, incloent-hi l'hospitalització, aquest document ha de ser presentat a l'organisme assegurador de l'estat en el territori del qual sojorna, és a dir:

- a França: a la "caisse primaire d'assurance maladie" a la circumscripció de la qual es donen les atencions
- a Andorra: a la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Quan es prescriu un perllongament de baixa laboral al nou estat de residència, correspon al treballador susceptible de beneficiar-se de les prestacions de salari de l'assegurança per malaltia o maternitat enviar la baixa laboral directament a la institució d'afiliació. Quan la caixa competent rep aquesta baixa lliura, si escau, una nova atestació de drets a les atencions de salut si la primera atestació ja hagués vençut en la mesura en què els drets romanen oberts.

Les persones que no són susceptibles de beneficiar-se de prestacions de salari de l'assegurança per malaltia o maternitat, si l'atestació de dret que els ha estat lliurada arriba al venciment, s'han d'adreçar a l'organisme del lloc de sojorn i lliurar-li tot document mèdic útil que li permeti posar-se en relació amb la institució d'afiliació a la qual pertoca pronunciar-se sobre la necessitat de renovar l'imprès.

La caixa d'afiliació pot, en qualsevol moment, demanar a la caixa de la nova residència que es realitzin controls mèdics.

## NOTES

---

- (1) Carrer, número, codi postal, localitat, país
- (2) Solament quan el formulari interessa al propi treballador
- (3) Solament quan l'adreça del membre de la família és diferent de la del treballador i de la persona que obre el dret
- (4) Per als treballadors no assalariats agrícoles que depenen del règim francès
- (5) Denominació i adreça de la institució a la qual s'ha tramès l'informe mèdic
- (6) Si en té

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

Formulari  
SE 130-06

**ATESTACIÓ PER A LA INSCRIPCIÓ DEL TREBALLADOR I DELS SEUS DRETHAVENTS**  
Treballadors assalariats i no assalariats i els seus drethavents que resideixen amb ells

(Article 18 del Conveni – Article 9 de l'arranjament administratiu)

La institució competent omple la part A del formulari i en lliura dos exemplars al treballador o els envia a la institució del lloc de residència si el formulari s'ha establert a petició d'aquesta institució.

Quan la institució del lloc de residència ha rebut ambdós exemplars, n'omple la part B i en tramet un exemplar a la institució competent.

**A - NOTIFICACIÓ DEL DRET**

<b>1</b>	<b>INSTITUCIÓ DEL LLOC DE RESIDENCIA (1)</b>
1.1	Denominació: .....
1.2	Adreça (2): .....
	.....

<b>2</b>	<b>TREBALLADOR</b> <input type="checkbox"/> <b>ASSALARIAT</b> <input type="checkbox"/> <b>NO ASSALARIAT</b>						
2.1	Cognom: .....						
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Noms</td> <td style="width: 33%;">Cognom de naixement</td> <td style="width: 33%;">Data de naixement</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement	.....	.....	.....
Noms	Cognom de naixement	Data de naixement					
.....	.....	.....					
2.2	Adreça (2): .....						
	.....						
2.3	Número de matriculació: .....						

3. El treballador damunt esmentat, i els seus drethavents que resideixen amb ell, tenen dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia i maternitat

a partir del .....

<b>4</b>	<b>ELS INTERESSATS CONSERVEN AQUEST DRET</b>
4.1	<input type="checkbox"/> fins a l'anul·lació d'aquesta atestació
4.2	<input type="checkbox"/> durant un any a comptar de la data esmentada al punt 3

<b>5</b>	<b>INSTITUCIO QUE HA OMLERT ELS QUADRES 3 I 4</b>
5.1	Denominació: ..... Número de codi (3):.....
5.2	Adreça (2): ..... .....
5.3	Segell
	5.4 Data: .....
	5.5 Signatura:

**B - NOTIFICACIÓ DE LA INSCRIPCIÓ O DE LA NO INSCRIPCIÓ**

<b>6</b>	
6.1	El treballador designat al quadre 2 i els seus drethavents
6.2	<input type="checkbox"/> han estat inscrits en la nostra entitat
6.3	<input type="checkbox"/> no han pogut ser inscrits en la nostra entitat..... ..... .....

<b>7</b>	<b>DRETHAVENTS INSCRITS</b>					
7.1	L'interessat designat al quadre 2 i els seus drethavents han estat inscrits.					
7.2	Drethavents inscrits :					
7.3	Cognom	Noms	Sexe		Cognom de naixement	Data de naixement
			F	M		
7.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.9	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.10	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.11	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

<b>8</b>	<b>INSTITUCIO DEL LLOC DE RESIDENCIA</b>	
8.1	Denominació: .....	Número de codi (3): .....
8.2	Adreça (2): .....	
8.3	Segell	8.4 Data .....
		8.5 Signatura

## INSTRUCCIONS

---

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Comporta quatre pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

### EL FORMULARI HA DE SER OMLERT:

- . a **França** per la caixa de la qual depèn el treballador;
- . a **Andorra** per la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

### INDICACIONS PER AL TREBALLADOR :

Aquest formulari us permet, com també els vostres drethavents tal com els defineix la legislació de l'estat de residència, beneficiar-vos de les prestacions de reemborsament en el cas de malaltia o de maternitat en el territori de l'estat on residiu.

Mitjançant aquest imprès, us haureu d'inscriure a la institució següent:

- . a **França**, a la «*caisse primaire d'assurance maladie*» ;
- . a **Andorra**, a la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Aquest formulari és vàlid a partir de la data que figura al punt 4 i durant un període d'un any si es tracta d'un formulari establert per una institució francesa, o fins a l'anul·lació de l'atestació si es tracta d'un formulari establert per una institució andorrana.

Tant vós com els vostres drethavents heu de notificar a la institució del lloc de residència qualsevol canvi de situació susceptible de modificar el dret a les prestacions de reemborsament (abandó o canvi de feina, canvi del vostre lloc de residència o de sojorn o del dels vostres drethavents, etc.).

## NOTES

---

- (1) Únicament quan el formulari s'estableix a petició de la institució del lloc de residència.
- (2) Carrer, número, codi postal, localitat, territori.
- (3) Si en té.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

Formulari  
SE 130-07

**ATESTACIÓ PER A LA INSCRIPCIÓ DELS DRETHAVENTS DEL TREBALLADOR O DEL PENSIONAT**

(Atencions de salut als drethavents del treballador o del pensionat que resideixen habitualment en el territori altre que el territori de l'estat competent)

(Articles 19, 22 apartat 3 del Conveni - Articles 9, apartat 2, 13 de l'arranjament administratiu)

La institució d'afiliació del treballador o la institució competent per fer-se càrrec del pensionat, segons el cas, omple la part A del formulari i en tramet dos exemplars al treballador o al pensionat o els envia a la institució del lloc de residència dels drethavents a l'altre estat, si l'imprès ha estat establert a petició d'aquesta darrera institució.

La institució de l'estat de residència dels drethavents omple la part B i retoma un exemplar a la institució competent del país d'afiliació o competent per fer-se càrrec del pensionat.

**A - NOTIFICACIÓ DEL DRET**

<b>1</b>	<b>INSTITUCIÓ DEL LLOC DE RESIDENCIA (1)</b>
1.1	Denominació: .....
1.2	Adreça (2): .....
	.....

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Treballador assalariat	<input type="checkbox"/> Pensionat (règim dels assalariats)
	<input type="checkbox"/> Treballador no assalariat	<input type="checkbox"/> Pensionat (règim dels no assalariats)
2.1	Cognoms : .....	
	Noms	Cognom de naixement
		Data de naixement
	.....	
2.2	Adreça (2): .....	
	.....	
2.3	Número de matriculació: .....	

<b>3</b>	<b>IDENTIFICACIO DELS DRETHAVENTS (3)</b>
3.1	Cognoms ..... :
3.2	Noms ..... Cognom de naixement ..... Data de naixement .....
3.3	Adreça (2): ..... .....

**4** Els drethavents del treballador o del pensionat damunt esmentat tenen dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia o maternitat llevat que:

- ja hi tinguin dret en virtut de la legislació de l'estat en el qual resideixen
- no exerceixin una activitat professional

**5** Aquest dret s'obre amb data .....

<b>6</b>	<b>I SUBSISTEIX</b>
6.1	<input type="checkbox"/> fins a l'anul·lació de la present atestació
6.2	<input type="checkbox"/> fins al (4) ..... inclòs

<b>7</b>	<b>INSTITUCIO COMPETENT</b>
7.1	Denominació: ..... Número de codi (5) .....
7.2	Adreça (2): ..... .....
7.3	Segell
7.4	Data:
7.5	Signatura:

**B - NOTIFICACIÓ DE LA INSCRIPCIÓ**

<b>8</b>	<input type="checkbox"/> (6)
8.1	Els drethavents del treballador o del pensionat esmentat al quadre 2 no han estat inscrits, perquè
8.2	<input type="checkbox"/> cap dels interessats no té la qualitat de drethavent segons la nostra legislació
8.3	<input type="checkbox"/> tots els drethavents tenen dret a les prestacions de reemborsament en virtut de les disposicions de la nostra legislació
8.4	<input type="checkbox"/> el cònjuge o la persona que té la custòdia dels fills exerceix una activitat professional en el nostre territori
8.5	<input type="checkbox"/> Altres motius.....

<b>9</b>	<input type="checkbox"/> (6)			
9.1	Els drethavents del treballador o del pensionat esmentat al quadre 2 han estat inscrits			
	Cognoms	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....

<b>10</b>	<b>INSTITUCIO DEL LLOC DE RESIDENCIA</b>			
10.1	Denominació: .....		Número de codi (5).....	
10.2	Adreça (2): .....			
10.3	Segell		10.4	Data .....
			10.5	Signatura



## INSTRUCCIONS

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Comporta quatre pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

### Indicacions per al treballador o el pensionat

Aquest document permet als drethavents del treballador o del pensionat que resideixen a l'altre estat contractant de beneficiar-se de les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia i maternitat en el seu estat de residència i segons la legislació d'aquest estat, llevat que ja hi tinguin dret en virtut de la dita legislació.

Aquest formulari s'ha de presentar a la institució competent del lloc de residència dels membres de la família del treballador o del pensionat. La dita institució procedeix a inscriure els interessats. La noció de drethavents es determina segons la legislació del país de residència dels drethavents. Aquest document s'ha de presentar:

- a França, a la «caisse primaire d'assurance maladie» del lloc de residència
- a Andorra, a la Caixa Andorrana de Seguretat Social

Qualsevol canvi de situació susceptible de modificar el dret a les prestacions de reemborsament, s'ha de notificar a la institució del lloc de residència.

## NOTES

- (1) Únicament quan el formulari s'estableix a petició de la institució del lloc de residència
  - (2) Carrer, número, codi postal, localitat, país
  - (3) Indiqueu un sol drethavent
  - (4) Si el formulari l'estableix una institució francesa
  - (5) Si en té
  - (6) Ompliu el quadre 8 o 9, segons el cas, i marqueu amb una creu la casella corresponent
-

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

Formulari  
SE 130-08

**ATESTACIÓ DE DRETS A LES PRESTACIONS DE REEMBORSAMENT DE L'ASSEGURANÇA PER  
MALALTIA-O MATERNITAT AL TERRITORI DE L'ESTAT EN QUÈ TREBALLA**

(Article 20 del Conveni; Article 10 de l'arranjament administratiu)

La institució competent omple el formulari i el lliura a l'interessat o l'envia a la institució del lloc de sojorn si el formulari ha estat establert a petició d'aquesta institució.

Assalariat  
 No assalariat

Treballador destacat

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Funcionari
1.1	Cognoms: ..... Nom: ..... Cognom de naixement: ..... Data de naixement: .....
1.2	Adreça (1): ..... .....
1.3	Número de matriculació: .....

<b>2</b>	<b>DRETHAVENTS (2)</b>			
2.1	Cognoms	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.2	Adreça habitual (1) (3): ..... .....			

**3** Les persones damunt esmentades tenen dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia o maternitat.

Aquestes prestacions poden ser pagades:

3.1  del ..... al ..... ambdues dates incloses

<b>4</b>	<b>INSTITUCIO COMPETENT</b>
4.1	Denominació: ..... Número de codi (4): .....
4.2	Adreça (1): ..... .....
4.3	Segell
4.4	Data: .....
4.5	Signatura:
4.6	Validació del ..... al .....
4.7	Segell
4.8	Data: .....
4.9	Signatura:
4.10	Validació del ..... al .....
4.11	Segell
4.12	Data : .....
4.13	Signatura :

<b>5</b>	<b>INSTITUCIO FRANCESA COMPETENT PER ALS ACCIDENTS DE LA VIDA PRIVADA DELS NO ASSALARIATS AGRICOLES</b>
5.1	Denominació : ..... Número de codi (4): .....
5.2	Adreça (1) : ..... .....
5.3	Segell
5.4	Data: .....
5.5	Signatura:

## INSTRUCCIONS

---

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Té tres pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

### INDICACIONS PER A LA PERSONA ASSEGURADA I ELS SEUS DRETHAVENTS

Les prestacions de reemborsament de les assegurances per malaltia i maternitat poden ser pagades per la institució competent del lloc on l'interessat exerceix la seva activitat contra presentació del present document.

En el cas de treballadors que es troben en sojorn professional en el territori de l'estat altre que l'estat competent, les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltia o maternitat poden ser pagades per la caixa del lloc de sojorn, segons les disposicions de la legislació que apliqui per a qualsevol estat que necessiti prestacions durant el seu sojorn. Aquestes disposicions també són vàlides per als drethavents dels interessats.

**Si el seu estat de salut requereix una baixa laboral, correspon al treballador susceptible de beneficiar-se de les prestacions de salari de l'assegurança per malaltia o maternitat enviar la baixa directament a la institució d'afiliació.** En el cas de baixa laboral, correspon a la caixa competent lliurar, si escau, una nova atestació de drets a les atencions de salut si la primera atestació ja ha vençut mentre el dret encara roman obert.

Quan un dels interessats ha de recórrer a les prestacions, incloent-hi l'hospitalització, aquest document s'ha de presentar a l'organisme de l'estat en el territori del qual sojorna, és a dir:

- a França: a la "caisse primaire d'assurance maladie" a la circumscripció de la qual es donen les atencions
- a Andorra: a la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

## NOTES

---

- (1) Carrer, número, codi postal, localitat, país
- (2) Únicament els drethavents que es desplacen temporalment a l'altre territori
- (3) Únicament si l'adreça dels drethavents és diferent de l'adreça de l'assegurat
- (4) Si en disposa



<b>3</b>	<b>ESPai RESERVAT A LA INSTITUCIO DEUTORA DE LA PENSIO O DE LA RENDA</b>
3.1	L'interessat damunt esmentat és titular d'una pensió o d'una renda: <input type="checkbox"/> de vellesa <input type="checkbox"/> d'invalidesa <input type="checkbox"/> de supervivència <input type="checkbox"/> d'accident de treball <input type="checkbox"/> de malaltia professional
3.2	Des del: .....
3.3	Número de la pensió o de la renda: .....

<b>4</b>	<b>ESPai RESERVAT A LA INSTITUCIO DEUTORA DE LA PENSIO O DE LA RENDA O A LA INSTITUCIO D'ASSEGURANÇA PER MALALTIA O-MATERNITAT A L'ESTAT DEUTOR DE LA PENSIO O DE LA RENDA</b>
4.1	L'interessat designat al quadre 2 i els seus drethavents tenen dret a les prestacions de reemborsament de l'assegurança per malaltiamaternitat a partir del .....
4.2	El cost de les prestacions que s'han de pagar en el seu territori de residència és a càrrec nostre :
4.3	A partir del ..... i fins a l'anul·lació de la present atestació

<b>5</b>	<b>INSTITUCIO QUE HA OMPLEERT ELS QUADRES 3 I 4</b>
5.1	Denominació: ..... Número de codi (3):.....
5.2	Adreça (2): ..... .....
5.3	Segell
5.4	Data: .....
5.5	Signatura:

#### B - NOTIFICACIÓ DE LA INSCRIPCIÓ O DE LA NO INSCRIPCIÓ

<b>6</b>	<input type="checkbox"/> (4)
6.1	El pensionat designat al quadre 2 i els seus drethavents no han pogut ser inscrits : <input type="checkbox"/> perquè l'interessat ja té dret a les prestacions de reemborsament en virtut de la legislació del nostre territori <input type="checkbox"/> altres motius

<b>7</b>	<input type="checkbox"/> (4)					
7.1	L'interessat designat al quadre 2 i els seus drethavents han estat inscrits.					
7.2	Drethavents inscrits :					
7.3	Cognoms	Noms	Sexe		Cognom de naixement	Data de naixement
			F	M		
7.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.9	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.10	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
7.11	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

<b>8</b>	<b>INSTITUCIO DEL LLOC DE RESIDENCIA</b>				
8.1	Denominació: .....		Número de codi (3).....		
8.2	Adreça (2): .....				
8.3	Segell		8.4	Data .....	
			8.5	Signatura	

## INSTRUCCIONS

---

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Comporta cinc pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

### EL FORMULARI L'HA D'OMPLIR :

- . a **França** l'organisme deutor de la pensió o de la renda;
- . a **Andorra** la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

### INDICACIONS PER AL PENSIONAT:

Aquest formulari us permet de beneficiar-vos, com també els vostres drethavents, de les prestacions de reemborsament en el cas de malaltia o maternitat al territori de l'estat on residiu.

Us haureu d'inscriure prop de la institució següent:

- . a **França**, la «caisse primaire d'assurance maladie» ;
- . a **Andorra**, la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Aquest formulari és vàlid a partir de la data esmentada al punt 4 i fins que sigui anul·lat.

Tant vós com els vostres drethavents heu de notificar a la institució del lloc de residència qualsevol canvi de situació susceptible de modificar el dret a les prestacions de reemborsament (suspensió o supressió de la pensió o de la renda, canvi del vostre lloc de residència o de sojorn o del d'un membre de la vostra família, etc.).

### Indicacions complementàries per al titular d'una pensió francesa que resideixi a Andorra.

L'atestació adjunta, omplerta per la Caixa Andorrana de Seguretat Social, s'ha de presentar a la caixa francesa d'assegurança per malaltia competent tenint en compte el règim francès que us paga la pensió o, en el supòsit de pluralitat de pensions franceses, que ha establert el formulari SE 130-09.

## NOTES

---

- (1) Únicament quan el formulari s'estableix a petició de la institució del lloc de residència
- (2) Carrer, número, codi postal, localitat, territori
- (3) Si en té
- (4) Ompliu el quadre 6 o 7, segons el cas, i marqueu amb una creu la casella corresponent



**ATESTACIO DE DRET A LES PRESTACIONS DE REEMBORSAMENT DE LES  
ASSEGURANCES PER MALALTIA I MATERNITAT PER AL PENSIONAT INSCRIT A LA  
CAIXA ANDORRANA PEL COMPTA DEL REGIM FRANCÉS QUE VA EN SOJORN  
TEMPORAL A FRANÇA.**

<b>1</b>	<b>TITULAR DE PENSIO O DE RENDA</b>		
1.1	Cognoms .....	:	
	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement
	.....	.....	.....
1.2	Adreça: .....		
	.....		
1.3	Número de matriculació: .....		

<b>2.</b>	<b>DRETHAVENTS INSCRITS</b>					
	Cognoms	Noms	Sexe		Cognom de naixement	Data de naixement
			F	M		
2.1	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
2.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
2.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
2.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

La Caixa Andorrana de Seguretat Social certifica que ha procedit a inscriure les persones esmentades als quadres 1. i 2. contra presentació del formulari SE 130-09 establert per:

.....

Data .....

Segell

Signatura



<b>3</b>	<b>DRETHAVENT</b>		
3.1	Cognoms	:	
.....			
3.2	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement
.....			
3.3	Adreça al país de residència: .....		
.....			
3.4	Número de matriculació: .....		

**4** El dret a prestacions atestat pel nostre formulari ..... del ..... ha estat suspès o s'ha suprimit pel motiu següent:

- 4.1  el treballador damunt esmentat ha deixat d'estar assegurat des del.....
- 4.2  la pensió o la renda del titular damunt esmentat està suspesa o suprimida des del.....
- 4.3  totes les persones que es trobaven inscrites en la vostra entitat ja no resideixen en el territori del vostre país des del .....
- 4.4  el titular del dret a les prestacions va morir el .....
- 4.5  altres .....

<b>5</b>	<b>INSTITUCIO COMPETENT</b>		
5.1	Denominació: .....	Número de codi: .....	
5.2	Adreça: .....		
.....			
5.3	Segell	5.4	Data: .....
		5.5	Signatura:

**B - ACUSAMENT DE RECEPCIÓ**

6 Hem rebut la notificació que figura a la part A anterior el .....

7  la persona indicada a la part A :  Les persones indicades a la part A :

ja no s'ha beneficiat  
 ja no es beneficiarà

ja no s'han beneficiat  
 ja no es beneficiaran

de prestacions a partir del .....

<b>8</b>	<b>INSTITUCIO DEL LLOC DE RESIDENCIA</b>	
8.1	Denominació: .....	Número de codi : .....
8.2	Adreça: .....	
8.3	Segell	8.4 Data .....
		8.5 Signatura

La institució competent omple la part A del formulari i n'envia dos exemplars a la institució del lloc de residència. La institució del lloc de residència omple la part B i retorna, al més aviat possible, un exemplar a la institució competent.



<b>3</b>	<input type="checkbox"/> per accident de treball <input type="checkbox"/> per malaltia professional *
3.1	<input type="checkbox"/> fins al .....
3.2	<input type="checkbox"/> sense restricció en el temps
<b>4 L'INFORME DEL NOSTRE METGE CONTROLADOR</b>	
4.1	s'adjunta en un sobre tancat
4.2	<input type="checkbox"/> va ser enviat el ..... a (2) .....
4.3	<input type="checkbox"/> ens pot ser demanat
4.4	<input type="checkbox"/> no s'ha establert
<b>5 INSTITUCIO COMPETENT</b>	
5.1	Denominació: ..... Número de codi (3): .....
5.2	Adreça (1): .....
5.3	Segell
5.4	Data .....
5.5	Signatura

### INSTRUCCIONS PER AL TREBALLADOR

El posseïdor del present document pot obtenir de la institució competent del seu lloc de sojorn o de residència les prestacions de reemborsament de l'assegurança accidents de treball i malalties professionals \*.

Aquest document s'ha de presentar:

- . a França, a la «caisse primaire d'assurance maladie»
- . a Andorra a la Caixa Andorrana de Seguretat Social.

\* Aquest imprès solament s'utilitzarà per als beneficiaris del dret a les prestacions a causa d'una malaltia professional, quan les disposicions en la matèria siguin aplicables, és a dir, quan Andorra hagi introduït la garantia del risc "malaltia professional" a la seva legislació.

### NOTES

- (1) Carrer, número, codi postal, localitat, país
- (2) Denominació i adreça de la institució a la qual s'ha adreçat l'informe mèdic
- (3) Si en té

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇAFormulari  
SE 130-12**ATORGAMENT DE PRESTACIONS DE REEMBORSAMENT DE GRAN IMPORTÀNCIA***(Articles 23 i 40 del Conveni – Article 15 de l'arranjament administratiu)*

La institució del lloc de residència o de sojom omple la part A, i envia a la institució competent un o dos exemplars del formulari segons si aquesta notificació concorreix, respectivament, al cas a què fa referència el punt 7.1 (avis) o el punt 7.2 (demanda d'autorització). Si la institució competent considera que s'ha d'oposar al pagament de les prestacions, ha d'omplir la part B i retornar un exemplar del formulari a la institució del lloc de residència o de sojom.

**A - NOTIFICACIÓ**

<b>1</b>	<b>INSTITUCIO COMPETENT</b>		
1.1	Denominació: .....		
1.2	Adreça (1): .....		
<b>2</b>	<b>ASSEGURAT</b>		
2.1	Cognoms : .....		
2.2	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement
.....			
2.3	Adreça a l'estat de residència o de sojom (1): .....		
2.4	Número de matriculació: .....		
<b>3</b>	<b>DRETHAVENT CONCERNIT</b>		
3.1	Cognoms : .....		
3.2	Noms	Cognom de naixement	Data de naixement
.....			
3.3	Adreça a l'estat de sojom o de residència (1) (2): .....		

<b>4</b>	<b>REFERENCIA :</b>
4.1	<input type="checkbox"/> el vostre formulari ..... del ..... (3)
4.2	<input type="checkbox"/> la nostra demanda de formulari ..... del .....

<b>5</b>	<b>ELS NOSTRES SERVEIS MEDICS HAN RECONEGUT, PER A LA PERSONA DESIGNADA :</b>
5.1	<input type="checkbox"/> al quadre 2 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> al quadre 3</span> <input type="checkbox"/> la necessitat <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> la urgència absoluta</span>
5.2	de les prestacions següents: .....
5.3	el cost de les quals <input type="checkbox"/> probable <input type="checkbox"/> efectiu és, segons la nostra legislació, de ..... (4)

6  trobareu en annex l'informe mèdic de control (5)

**7 LES PRESTACIONS ESMENTADES EN EL PUNT 5.2**

7.1  ja han estat pagades amb caràcter d'urgència el .....

7.2  seran pagades si no rebem oposició motivada per part vostra en el termini de ..... a comptar de l'enviament de la present notificació

<b>8</b>	<b>INSTITUCIO DEL LLOC DE RESIDENCIA O DE SOJORN</b>
8.1	Denominació: ..... Número de codi: (6) .....
8.2	Adreça (1): .....
8.3	Segell
8.4	Data: .....
8.5	Signatura:



**B - OPOSICIÓ EVENTUAL DE LA INSTITUCIÓ COMPETENT**

- 9 De resultes del punt 7.2, hem de fer-vos saber que les prestacions indicades al punt 5.2 no us poden ser concedides.

Motiu: .....

.....

<b>10</b>	<b>INSTITUCIÓ COMPETENT</b>		
10.1	Denominació: .....	Número de codi (6): .....	
10.2	Adreça (1): .....		
	.....		
10.3	Segell	10.4	Data: .....
		10.5	Signatura

**INSTRUCCIONS**

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts.

**NOTES**

- (1) Carrer, número, codi postal, localitat, país.
- (2) Únicament quan l'adreça del drethavent és diferent de la que figura en el quadre 2.
- (3) Número i data d'emissió del formulari que certifica el dret de l'interessat a les prestacions.
- (4) L'import s'ha de donar en la moneda de l'estat de sojorn o de residència.
- (5) Si l'informe mèdic s'adjunta al formulari, marqueu amb una creu la casella prevista a aquest efecte.
- (6) Si en té.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇAFormulari  
SE 130-13

## SOL·LICITUD DE PENSIO DE VELLESA

(Articles 7 a 11 del Conveni - Article 4 de l'arranjament administratiu)

Aquest formulari ha de ser establert per la institució del lloc de residència del sol·licitant. Si l'interessat ha estat sotmès a la legislació de l'estat de residència, el formulari SE 130-15 "Atestació relativa a la carrera d'assegurança" s'ha d'adjuntar obligatòriament a la present sol·licitud. També és oportú adjuntar qualsevol document relatiu a la carrera del sol·licitant a l'altre estat.

## Dossier número

A França .....

A Andorra .....

<b>1</b>	<b>INSTITUCIÓ DESTINATÀRIA</b>
1.1	Denominació: .....
1.2	Adreça: .....
	.....
	.....
<b>2</b>	<b>DADES RELATIVES A L'ASSEGURAT</b>
2.1	Cognoms ..... Cognom de naixement ..... Noms .....
2.2	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení Nacionalitat: .....
2.3	<input type="checkbox"/> Solter(a) <input type="checkbox"/> Casat(ada) <input type="checkbox"/> Vidu(idua)
	<input type="checkbox"/> Divorciat(ada) (des del ..... ) <input type="checkbox"/> Separat(ada) (des del ..... )
2.4	Data de naixement: ..... Lloc de naixement .....
2.5	Adreça: .....
	.....
2.6	Número de matriculació a França: .....
	Número d'identificació a Andorra: .....

3 L'assegurat exerceix una activitat  assalariada  no assalariada  
 L'assegurat no exerceix cap activitat  assalariada  no assalariada  
des del .....

4  L'assegurat no és apte (en aquest supòsit adjunteu l'informe d'ineptitud)  
 L'assegurat és titular d'una pensió d'invalidesa  
- Número de la pensió .....  
- Data d'atribució .....  
- Institució deutora .....

5 **DADES DE L'ESTAT CIVIL, RELATIVES AL CÒNJUGE**

5.1 Cognom de naixement ..... Nom: .....

5.2 Data de naixement: ..... Lloc de naixement: .....

5.3 Data del matrimoni amb l'assegurat: ..... Nacionalitat: .....

6 **ALTRES DADES RELATIVES AL CÒNJUGE**

6.1 El cònjuge  exerceix una activitat  assalariada  
 no exerceix  no assalariada

6.2 Si escau, import dels ingressos professionals cobrats  
- durant el trimestre anterior a la sol·licitud  
- durant els quatre trimestres anteriors a la sol·licitud

6.3 El cònjuge  és titular d'una pensió o d'una renda  
 no és  
Si escau, naturalesa de la pensió o de la renda .....

Data d'atribució ..... Import trimestral .....

El cònjuge  disposa d'altres recursos (Ingressos procedents de béns mobiliaris o immobiliaris)  
 no disposa  
Si escau, naturalesa dels recursos .....

Import trimestral .....

Import anual .....

**7 FILLS, ESTAT CIVIL**

El sol·licitant els ha tingut o educat i han estat al seu càrrec durant, com a mínim, nou anys abans de l'edat de setze anys:

**Fills**

Cognom de naixement	Noms	Data de naixement	Data de defunció	Càrrec	
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Altres fills educats pel sol·licitant (fills de cònjuges, acollits, adoptats, etc.)**

Cognom de naixement	Noms	Data de naixement	Data de defunció	Càrrec	
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**8 DADES RELATIVES A LA CARRERA A L'ALTRE PAIS**

	Cognom del patró o naturalesa de l'activitat	Lloc d'exercici de l'activitat	Període d'ocupació (del ..... al .....)	Professió
8.1	.....	.....	.....	.....
8.2	.....	.....	.....	.....
8.3	.....	.....	.....	.....
8.4	.....	.....	.....	.....
8.5	.....	.....	.....	.....

<b>9</b>	<b>ALTRES DADES</b>
9.1	Data de presentació de la sol·licitud ..... Data desitjada d'efecte de la pensió ..... (1)
9.2	<input type="checkbox"/> L'interessat té dret a pensió a l'estat de la institució d'instrucció: - punt de sortida de la pensió ..... - import de la pensió .....
9.3	<input type="checkbox"/> L'interessat no té dret a pensió a l'estat de la institució d'instrucció
9.4	Observacions : ..... ..... .....
9.5	Formularis i/o documents adjunts: <input type="checkbox"/> SE 130-15 Atestació relativa a la carrera d'assegurança <input type="checkbox"/> Altres (2) .....

<b>10</b>	<b>INSTITUCIO D'INSTRUCCIO</b>
10.1	Denominació: .....
10.2	Adreça: ..... .....
10.3	Segell
	10.4 Data .....
	10.5 Signatura

(1) La data de presentació de la sol·licitud condiona, en principi, la data d'efecte de la pensió en funció de les disposicions de la legislació aplicable. Tanmateix, l'interessat que desitja una data d'efecte posterior al primer dia del mes següent a la data de presentació de la sol·licitud pot precisar la data d'efecte que desitja. Aquesta data en principi no pot, ser anterior a la data de presentació de la sol·licitud.

(2) Adjunteu un certificat d'identitat bancària.

A requeriment de les institucions franceses, cal adjuntar un informe mèdic si l'interessat, amb menys de 65 anys, es declara no apte per al treball.

#### Instruccions

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇAFormulari  
SE 130-14

## SOL·LICITUD DE PENSIO DE SUPERVIVENT

(Article 15 del Conveni )

Aquest formulari ha de ser establert per la institució del lloc de residència del sol·licitant. Si l'assegurat difunt ha estat sotmès a la legislació de l'estat de residència, cal adjuntar a la present sol·licitud el formulari SE 130-15 "Atestació relativa a la carrera d'assegurança".

També és necessari adjuntar qualsevol document relatiu a la carrera del treballador a l'altre estat.

## Dossier número

A França .....

A Andorra .....

**1** INSTITUCIÓ DESTINATÀRIA

1.1 Denominació: .....

1.2 Adreça: .....

**2** DADES RELATIVES A L'ASSEGURAT DIFUNT

2.1 Cognoms: ..... Cognom de naixement: ..... Noms: .....

2.2 Sexe:  Mascullí  Femení Nacionalitat: ..... Solter(a)  Casat(da)  Vidu(a)2.3  Divorciat(da) (des del ..... )  Separat(da) (des del ..... )

2.4 Data de naixement: ..... Lloc de naixement: .....

2.5 Última adreça de l'assegurat difunt:  
.....  
.....

2.6 Número de matriculació a França: .....

Número de matriculació a Andorra: .....

<b>3</b>	<b>EN LA DATA DE LA SEVA MORT, L'ASSEGURAT</b>		
3.1	<input type="checkbox"/> exercia	una activitat	<input type="checkbox"/> assalariada
	<input type="checkbox"/> ja no exercia		<input type="checkbox"/> no assalariada
3.2	Si escau, data de baixa de l'activitat:.....		
3.3	<input type="checkbox"/> era	titular d'una pensió	
	<input type="checkbox"/> no era		
3.4	Naturalesa de la pensió: .....		
3.5	Número de la pensió: .....		
3.6	Institució deutora: .....		
3.7	Import trimestral de la pensió:.....		

<b>4</b>	<b>DADES RELATIVES A LA CARRERA A L'ALTRE PAIS</b>			
	Cognom del patró o naturalesa de l'activitat	Lloc d'exercici de l'activitat	Període d'ocupació (del ..... al .....)	Professió
4.1	.....	.....	.....	.....
4.2	.....	.....	.....	.....
4.3	.....	.....	.....	.....
4.4	.....	.....	.....	.....
4.5	.....	.....	.....	.....

<b>5</b>	<b>DADES RELATIVES ALS SUPERVIVENTS</b> <input type="checkbox"/> Vidua <input type="checkbox"/> Vidu <input type="checkbox"/> Altres
5.1	Cognoms: ..... Cognom de naixement: ..... Noms: .....
5.2	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení Nacionalitat : .....
5.3	<input type="checkbox"/> Solter(a) <input type="checkbox"/> Casat(ada) <input type="checkbox"/> Vidu(idua) <input type="checkbox"/> Divorciat(da) (des del ..... ) <input type="checkbox"/> Separat(da) (des del ..... )
5.4	Data de naixement ..... Lloc de naixement .....
	<b>Dades que cal indicar quan el supervivent és el cònjuge o l'excònjuge:</b>
5.5	Data del matrimoni amb l'assegurat difunt: .....
5.6	Els cònjuges han tingut fills junts? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.7	Si escau, data <input type="checkbox"/> de la separació (de cossos) <input type="checkbox"/> del divorci .....
5.8	Cognom i nom del nou cònjuge: .....
5.9	Adreça: .....
5.10	L'assegurat difunt estava divorciat d'un cònjuge anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.11	Cognoms i noms del cònjuge anterior: .....
5.12	Adreça: .....



<b>6</b>	<b>LA PERSONA INDICADA AL QUADRE 4</b>		
6.1	<input type="checkbox"/> exerceix	<input type="checkbox"/> no exerceix	una activitat assalariada
6.2	<input type="checkbox"/> exerceix	<input type="checkbox"/> no exerceix	una activitat no assalariada
6.3	<input type="checkbox"/> estava	<input type="checkbox"/> no estava	a càrrec de l'assegurat difunt
6.4	<input type="checkbox"/> es beneficia	<input type="checkbox"/> no es beneficia	d'una pensió
6.5	Si escau, imports dels ingressos professionals percebuts		
	- durant el trimestre anterior a la sol·licitud		
	- durant els quatre trimestres anteriors a la sol·licitud		
	- durant el trimestre anterior a la mort		
	- durant els quatre trimestres anteriors a la mort		
6.6	Naturalesa	de	la pensió:
	.....		
	Data d'atribució:	Import trimestral	.....
	Organisme deutor .....		
6.7	El cònjuge <input type="checkbox"/> disposa		
	d'altres recursos (ingressos procedents de béns mobiliaris o		
	immobiliaris)		
	<input type="checkbox"/> no disposa		
	Si escau, naturalesa dels recursos: .....		
	Import trimestral:	Import anual:	.....

<b>7</b>	<b>FILLS, ESTAT CIVIL</b>				
El sol·licitant els ha tingut o educat i han estat al seu càrrec durant, com a mínim, nou anys abans de l'edat de setze anys					
7.1	<b>FILLS</b>				
	Cognoms de naixement	Noms	Data de naixement	Data de defunció	Càrrec
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.2	<b>ALTRES FILLS educats pel sol·licitant (fills de cònjuges, acollits, adoptats, etc )</b>				
	Cognoms de naixement	Noms	Data de naixement	Data de defunció	Càrrec
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>8</b>	<b>ALTRES DADES</b>
8.1	Data de presentació de la sol·licitud: .....
8.2	<input type="checkbox"/> L'interessat obre té a pensió a l'estat de la institució d'instrucció: - punt de sortida de la pensió ..... - import de la pensió .....
8.3	<input type="checkbox"/> L'interessat no obre té a pensió a l'estat de la institució d'instrucció
8.4	Observacions: ..... ..... .....
8.5	Formularis adjunts: <input type="checkbox"/> SE 130-15: Atestació relativa a la carrera d'assegurança <input type="checkbox"/> Altres (1) ..... .....

<b>9</b>	<b>INSTITUCIO D'INSTRUCCIO</b>
9.1	Denominació: .....
9.2	Adreça: ..... .....
9.3	Segell
	9.4 Data : .....
	9.5 Signatura

(1) Adjunteu un certificat d'identitat bancària

A requeriment de les institucions franceses, cal adjuntar un informe mèdic si es tracta d'una sol·licitud de prestacions presentada per un cònjuge supervivent de menys de 55 anys d'edat i que presenta un estat d'invalidesa.

**Instruccions**

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇAFormulari  
SE 130-15

## ATESTACIÓ RELATIVA A LA CARRERA D'ASSEGURANÇA

*(Article 7, 8 del Conveni – Article 4 de l'arranjament administratiu)*

*Aquest formulari és establert per la institució a la qual l'interessat ha formulat la seva sol·licitud de pensió. Des del moment que l'assegurat ha estat sotmès a la legislació aplicada per la institució d'instrucció, cal adjuntar-lo a la sol·licitud de pensió. La institució de l'altre estat contractant tramet a la institució d'instrucció l'extracte dels períodes d'assegurança complerts per l'interessat sota la legislació que aplica, mitjançant un formulari idèntic. Aquest document també es pot utilitzar quan l'assegurat que no resideix a l'estat de la institució d'afiliació només reclama un extracte dels seus períodes d'assegurança.*

<b>1.</b>	<b>INSTITUCIÓ DESTINATÀRIA</b>
1.1	Denominació: .....
1.2	Adreça: ..... .....

<b>2</b>	<b>TREBALLADOR</b>
2.1	Cognoms: ..... Noms: ..... Cognom de naixement: .....
2.2	Data de naixement: ..... Lloc de naixement: .....
2.3	Nacionalitat: ..... Sexe: <input type="checkbox"/> Masculí <input type="checkbox"/> Femení Adreça: .....
2.5	Número de matriculació a França: .....
2.6	Número de matriculació a Andorra: .....



<b>4.</b>	<b>INSTITUCIO QUE OMPLE EL FORMULARI</b>	
4.1	Denominació: .....	
4.2	Adreça: .....	
	.....	
4.3	Segell	4.4 Data .....
		4.5 Signatura

#### INSTRUCCIONS

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts. Té tres pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

Formulari  
SE 130-16

**INFORME MÈDIC**

*Pensions de vellesa, d'invalidesa o de supervivents*

Número de matriculació a França:

Número de matriculació a Andorra:

.....

.....

<b>1.1</b>	<b>INSTITUCIO DESTINATARIA</b>
1.1.1	Denominació: .....
1.1.2	Adreça: .....
1.1.3	Referència: .....

<b>1.2</b>	<b>PERSONA EXAMINADA</b>
1.2.1	Cognoms: .....
1.2.2	Noms: .....
	Cognom de naixement: .....
1.2.3	Lloc de naixement: .....
1.2.4	Data de naixement: .....
1.2.5	Sexe: ..... Nacionalitat: .....
1.2.6	Adreça: : .....
1.2.7	Darrera professió exercida: .....
1.2.8	<input type="checkbox"/> Número de matriculació: .....
1.2.9	<input type="checkbox"/> Número de pensió: .....
1.2.10	<input type="checkbox"/> Número de dossier: .....
	Data de presentació de la sol·licitud de pensió .....
	Data de presentació de la sol·licitud d'agreuament: .....

<b>1.3</b>	<b>INFORME DEL METGE</b>
1.3.1	Cognoms: ..... Noms .....
1.3.2	Adreça: : .....
1.3.3	Metge controlador de: .....

<b>1.4</b>	<b>INSTITUCIO QUE SOL·LICITA L'EXAMEN</b>		
1.4.1	Denominació: : .....		
1.4.2	Adreça: : .....		
1.4.3	Número de referència del dossier: .....		
1.4.4	Segell	1.4.5	Data: .....
		1.4.6	Signatura
			_____

Cognom, nom :

Data :

2.1 Dictamen a partir de l'examen realitzat..... Data .....

2.2 Dictamen a partir de l'informe mèdic ..... Data .....

**3. ANTECEDENTS**

3.1 Antecedents mèdics :

.....  
 .....  
 .....

3.2 Principals queixes :

.....  
 .....

3.2.1 Està seguint un tractament a :

.....  
 .....

3.3 Tractament en curs :

.....  
 .....

3.4 Antecedents socioprofessionals:

.....



- .....
- 3.4.1 L'assegurat(da) exerceix actualment una activitat professional ?  
 Sí       No       Nombre d'hores .....
- Tipus d'activitat .....
- 3.4.2 Accidents de treball / Malalties professionals .....
- 3.4.3 Tipus d'activitat exercida per última vegada.....
- 3.4.4 Incapacitat laboral                       des del .....
- va deixar la feina                               el .....

Cognom, nom :

Data :

4. EXAMEN CLÍNIC

4.1 Estat general :

Alçada ..... cm                      Pes ..... kg

Estat nutricional :  Bo     Pletòric     Deficitari

Mucosa .....

Teguments .....

Estat mental, humor .....

Observacions

.....  
.....  
.....

4.2 Cap .....

4.2.1 Agudesa visual .....

4.2.2 Agudesa auditiva .....

4.2.3 Altres funcions sensorials .....

.....

4.4 Aparell respiratori .....

.....

4.5 Aparell cardiovascular .....

.....

4.5.1 Cor .....



- 4.5.2 Pols .....
- 4.5.3 Tensió arterial (en repòs) .....
- 4.5.4 Tensió arterial (segona mesura) .....
- 4.5.5 Vascularització perifèrica .....
- 4.5.6 Edemes .....
- 4.5.7 Electrocardiograma (en repòs) .....
- 4.6 Abdomen .....
- 4.6.1 Aparell digestiu i òrgans intraabdominals .....
- 4.6.2 Fetge .....
- 4.6.3 Melsa .....

Cognom, nom :

Data :

- 4.6.4 Sistema endocrí .....
- 4.7 Aparell gènito-urinari .....
- 4.8 Aparell locomotor .....
- 4.8.1 Columna vertebral .....
- 4.8.2 Membres superiors .....
- 4.8.3 Membres inferiors .....
- 4.9 Adenopaties .....
- 4.10 Examen neurològic .....

Moviments (força i to muscular) :  Normals  Ràpids  Lents  Deficitaris

Marxa :  Normal  Molèstia a la dreta  Molèstia a l'esquerra

.....  
.....  
.....

Reflexos :

.....  
.....  
.....

4.11 Simptomatologia neurovegetativa : .....  
.....  
.....

Cognom, nom :

Data :

5. EXPLORACIONS FUNCIONALS I ALTRES INVESTIGACIONS :

5.1 Exploració funcional respiratòria : .....  
.....  
.....

5.2 Funció cardíaca / electrocardiograma d'esforç : .....  
.....  
.....

5.3 Doppler arterial i venós : .....  
.....  
.....

5.4 Exàmens mitjançant tècniques d'imatge (preciseu-ne la data si us plau) : .....  
.....  
.....

5.4.1 Exàmens radiològics realitzats en la data : .....  
.....  
.....

5.4.2 Exàmens radiològics anteriors o realitzats en un altre centre : .....  
.....

5.4.3 Ecografia (abdominal, etc) :

5.4.4 IRM i altres investigacions :

5.5 Exàmens de laboratori :

Cognom, nom :

Data :

5.6 Altres exàmens :

6. Diagnòstic :

(Codi ICD la utilització del qual es recomana)




.....  
 .....

És al·lèrgic(a) a / al .....

10. PREGUNTES COMPLEMENTÀRIES :

10.1 L'assegurat(da) pot treballar amb pantalla :

Sí  No

En el cas de resposta negativa, preciseu-ne el motiu si us plau .....

10.2 L'assegurat(da) és autònom(a) al seu lloc de treball, és a dir no tributari de l'ajut d'una tercera persona :

Sí  No

En el cas de resposta negativa, preciseu-ne el motiu si us plau .....

10.3

L'assegurat(da) és autònom(a) al seu treball a domicili, és a dir no tributari de l'ajut d'una tercera persona:

Sí  No

En el cas de resposta negativa, preciseu-ne el motiu si us plau .....

10.4

L'assegurat(da) pot exercir la seva antiga activitat en jornada completa :

Sí  No

En el cas de resposta negativa, preciseu si us plau la durada màxima de treball (en hores o en tant per cent de la jornada laboral normal) :

Cognom, nom :

Data :

10.5 És possible una feina adaptada :

Sí  No

En el cas de resposta afirmativa, doneu alguns exemples si us plau :

.....

10.6 Una feina adaptada es pot fer en jornada completa ?

Sí  No

En el cas de resposta negativa, preciseu si us plau la durada màxima de treball (en hores o en tant per cent de la jornada laboral normal) :

.....

10.7 Segons la legislació del país de residència, la invalidesa, per a l'última activitat exercida, és :

Total  Parcial

Si és parcial, preciseu si us plau el tant per cent .....

10.8 Percentatge d'invalidesa per a qualsevol altra activitat corresponent a les aptituds de l'assegurat(da), segons la legislació del país de residència :

.....  
 .....

10.9 Categoria d'invalidesa en la legislació del país de residència [només cal precisar-la si l'examen mèdic ha estat previ a una decisió en matèria d'incapacitat o a la tramitació d'una sol·licitud de pensió d'invalidesa]

.....  
 .....

10.10 Les restriccions enumerades són :

A) Permanents des de .....

B) Temporals del ..... al .....

10.11 És possible una millora en l'estat de salut de l'assegurat(da) ?

Si  No  Sense resposta

En el cas de resposta afirmativa, preciseu si us plau la manera de aconseguir aquesta millora : .....

.....

10.12 La millora de la capacitat de treball passa per :

Una readaptació mèdica  Una readaptació professional

Si  No  Sense resposta

11. És necessari un nou examen de l'assegurat(da) ?

Si  No

En el cas de resposta afirmativa, preciseu si us plau la data .....

SIGNATURA DEL METGE

SEGELL

#### Instruccions

Cal omplir el formulari amb majúscules i utilitzar exclusivament les línies de punts.  
 Comporta deu pàgines. No se'n pot suprimir cap, encara que no contingui cap menció útil.

SEGURETAT SOCIAL

CONVENI DE SEGURETAT SOCIAL ENTRE  
ANDORRA I FRANÇA

Formulari  
SE 130-17

**EXTRACTE INDIVIDUAL DE DESPESES EFECTIVES**

1.	Codi organisme	Any	Factura núm.	Fol
----	----------------	-----	--------------	-----

2.	Institució competent destinatària	Organisme d'enllaç:	Codi organisme:
2.1	Denominació: .....		
2.2	Adreça: .....		

3.	<b>Assegurat</b>		
3.1	Cognoms de naixement .....		
3.2	Noms: .....	Cognoms .....	Data de naixement: .....
3.3	Adreça: .....		
3.4	Número de matriculació .....		

4.	<b>Membre de la família</b>		
4.1	Cognom de naixement .....		
4.2	Noms .....	Cognom .....	Data de naixement .....

5.	<b>La persona esmentada al quadre ..... s'ha beneficiat de les prestacions en virtut</b>		
5.1	De l'article .....		
5.2	I segons el formulari ..... del ..... vàlid del ..... al .....		
5.3	La persona esmentada al quadre ..... ha estat sotmesa al peritatge mèdic demanat al .....		

6.	<b>Despeses realitzades</b>		<b>6.1 Import</b>
6.2	Per prestacions de reemborsament pagades	del ..... al .....	
6.3	Atencions mèdiques		
6.4	Cures dentals		
6.5	Medicaments		
6.6	Hospitalització	del ..... al .....	
6.7	Altres prestacions		
6.8	Total de les prestacions de reemborsament		
6.9	Control mèdic		
6.10	Per prestacions de salari pagades	del ..... al .....	
6.11	<b>TOTAL DE LES DESPESES</b>		

7.	<b>Institució creditora</b>		
7.1	Denominació: .....		Codi: .....
7.2	Adreça: .....		
7.3	Segell	7.4 Data .....	
		7.5 Signatura	

EXTRACTE FET PER ORDINADOR DISPENSAT DE SIGNATURA