

Service Mobilité internationale

mobilite-internationale@urssaf.fr

www.urssaf.fr

0 806 804 213 Service gratuit
+ prix appel

En vertu des règlements CE 883/2004 et 987/2009, il appartient à votre caisse française de résidence (Urssaf, MSA), de déterminer la législation sociale qui doit vous être applicable, excepté pour la situation visée au cadre I a. Pour ce faire, vous pouvez compléter ce questionnaire et l'adresser à l'Urssaf Service Mobilité internationale par mail à mobilite-internationale@urssaf.fr

ASSURE(E)

N° d'immatriculation (NIR) : N° d'assuré à l'étranger :

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom d'usage :

Nationalité : Profession :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

E-mail : Téléphone :

Activité exercée **simultanément ou en alternance sur différents États membres*** :

- salariée, pour le compte d'un seul employeur**, remplir le cadre I.
- salariée, pour le compte de deux ou plusieurs employeurs**, remplir le cadre III.
- salariée et non salariée**, remplir les cadres I ou III et le cadre II
- non salariée uniquement**, remplir le cadre II.

I Activité salariée pour le compte d'un seul employeur

(lorsque celui-ci est basé en France, la demande doit être faite depuis le compte en ligne sur urssaf.fr)

a N° Siret si l'employeur est situé en France ou dispose d'un Siret actif :

b N° d'identification si l'employeur est situé hors de France :

Dénomination :

Adresse :

.....

Pays :

Contact :

Pays où est exercée l'activité	Date de début de cette activité et date de fin, si prévue	Indiquer le pourcentage que représente cette activité (temps de travail et/ou rémunération)

II Activité non salariée

Pays où est exercée l'activité	Date de début de cette activité et date de fin, si prévue	Fonction et nature de l'activité (artisanale, commerciale, libérale)	Pourcentage que représente cette activité (temps de travail et/ou rémunération)

III Activité salariée pour le compte de plusieurs employeurs

Coordonnées des employeurs	Pays où est exercée l'activité	Date de début de l'activité et date de fin, si prévue	Pourcentage que représente cette activité (temps de travail et/ou rémunération)
Dénomination : Adresse : Pays :			
Dénomination : Adresse : Pays :			
Dénomination : Adresse : Pays :			
Dénomination : Adresse : Pays :			

IV Informations complémentaires

De quel régime de protection sociale relevait la personne concernée avant le début de la pluriactivité?

.....

Ces estimations sont-elles valables pour les douze prochains mois ? oui non

Si, non ces informations correspondent-elles aux douze derniers mois ? oui non

Je certifie* sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :

Personne concernée :

Date et signature :

* Pour les demandes formulées à titre individuel.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :

Employeur :

Date et signature :

* Pays de l'EEE (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque) ainsi que la Suisse