

Détermination de la Législation Sociale Applicable

En vertu des Règlements CE 883/2004 et 987/2009, il appartient à votre caisse de MSA de déterminer la législation sociale applicable à une personne qui réside en France et qui exerce normalement son activité sur plusieurs Etats.

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madame | ASSURE(E) <input type="checkbox"/> Monsieur | N° d'immatriculation (NIR) / N° Assuré à l'étranger _____ / _____ |
| Nom : _____ Prénom : _____ | | |
| Nom d'usage : _____ Nationalité : _____ Profession : _____ | | |
| Date et lieu de naissance : _____ | | |
| Adresse : _____ _____ | | |
| E-mail : _____ _____ | | |

Activité exercée **simultanément ou en alternance sur différents Etats 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

| Coordonnées de l'employeur | Pays où est exercée cette activité | Date de début de cette activité | Indiquer le pourcentage que représente cette activité (temps de travail et/ou rémunération) |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|
| Dénomination..... | | | |
| Adresse..... | | | |
| Contact..... | | | |

II – Activité non salariée

| Pays où est exercée cette activité | Date de début de cette activité | Fonction et nature de l'activité (artisanale, commerciale, libérale) | Indiquer le pourcentage que représente cette activité (chiffre d'affaires, temps de travail, nombre de services prestés et/ou revenu) |
|------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

III – Activité salariée pour le compte de plusieurs employeurs

| Coordonnées des employeurs | Pays où est exercée cette activité | Date de début de l'activité | Indiquer le 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

| | |
|--|---|
| <p>Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :</p> <p>Personne concernée :</p> <p>Date et signature :</p> | <p>Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :</p> <p>Employeur :</p> <p>Date et signature :</p> |
|--|---|

* Pays de l'UE-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, (Rép.) Tchèque, Roumanie, Royaume Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.