



## Détermination de la Législation Sociale Applicable

En vertu des Règlements CE 883/2004 et 987/2009, il appartient à votre caisse française de résidence (CPAM, Sécurité Sociale des Indépendants, caisse MSA), de déterminer la législation sociale qui doit vous être applicable, excepté pour la situation visée au cadre I. Pour ce faire, vous pouvez compléter ce questionnaire élaboré par nos services et l'adresser à votre caisse. Celle-ci vous informera de la législation sociale qui doit vous être applicable.

### 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, saisir la CPAM territorialement compétente pour l'établissement)

#### Coordonnées de l'employeur :

Dénomination : .....

Adresse : .....

.....

.....

Contact : .....

Pays où est exercée cette 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 cette activité	Date de début de cette activité et date de fin, si prévue	Fonction et nature de l'activité (artisanale, commerciale, libérale)	Indiquer le 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 cette activité	Date de début de l'activité et date de fin, si prévue	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

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

Personne concernée : .....

Date et signature : .....

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

Employeur : .....

Date et signature : .....

\* 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.) Tchéquie, Roumanie, Royaume Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.