

Service Mobilité internationale



Nous contacter :

mobilite-internationale@urssaf.fr

0 806 804 213

Service gratuit
+ prix appel

Demande de certificat de mobilité internationale par un assuré à titre individuel exerçant une activité simultanée ou régulière dans plusieurs États.



En vertu des règlements CE 883/2004 et 987/2009, il appartient à la caisse française de résidence de l'assuré concerné (Urssaf ou MSA) de déterminer la législation sociale qui doit être appliquée.

Pour ce faire, vous devez compléter ce formulaire et l'adresser à l'Urssaf Service Mobilité Internationale par mail à mobilite-internationale@urssaf.fr.



Références de l'assuré

N° de Sécurité sociale :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Pays :

Téléphone :

Email :

Adresse de séjour :

Ville :

Pays :

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

Non salariée uniquement : remplir le **cadre I**

Salariée et non salariée : remplir le **cadre I**

Salariée pour le compte de deux ou plusieurs employeurs : remplir le **cadre II**

Intermittent du spectacle : remplir le **cadre III**

Chômeur : remplir le **cadre IV**

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

I - Activité non salariée uniquement (dont gérants majoritaires)

Pays où sera déclarée l'activité	Date de début d'activité et date de fin (si prévue)	Nature de l'activité et statut sous lequel elle est exercée	Pourcentage que représente cette activité* (temps de travail et/ou rémunération)
			%
			%
			%
			%

* Renseigner les informations complémentaires (p. 4)

II – Activité salariée pour le compte de plusieurs employeurs

Coordonnées des employeurs	Pays où est exercée l'activité	Date de début d'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 :			%

III – Intermittent du spectacle

Pays où sera exercée l'activité	Date de début d'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)
			%
			%
			%
			%

* Renseigner les informations complémentaires (p. 4)

Bénéficiez-vous de prestations Pôle emploi ? OUI NON

Si « OUI » coordonnées du Pôle emploi :

Montant de la prestation mensuelle :

Coordonnées de l'employeur à l'étranger :

Montant du cachet (prévisionnel) :

IV – Demandeur d'emploi (indemnisé)

Pays où sera exercée l'activité	Date de début d'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)
			%
			%
			%
			%

* Renseigner les informations complémentaires (p. 4)

Bénéficiez-vous de prestations Pôle emploi ? OUI NON

Si « OUI » coordonnées du Pôle emploi :

Montant de la prestation mensuelle :

Coordonnées de l'employeur à l'étranger :

Montant de la rémunération totale durant la période (prévisionnelle) :

Télétravail

L'assuré va-t-il effectuer du télétravail ? OUI NON
Si « OUI » combien de jour (s) par semaine ?
A partir de l'État de résidence ? OUI NON
Dans un autre État ? OUI NON
Si « OUI » lequel ?
Nombre de jours par État (si plusieurs) :

* Informations complémentaires

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 :

Signature :

