



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

DEMANDE D'ATTESTATION EN CAS DE TRAVAIL A L'ÉTRANGER

L'employeur ci-dessous sollicite le maintien de l'affiliation à la sécurité sociale luxembourgeoise pour son travailleur salarié pendant la période d'activité professionnelle exercée hors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

1) Données concernant l'employeur

MATRICULE EMPLOYEUR	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Dénomination	_____																				
Rue, Numéro	_____																				
Code postal, Localité	_____												Tél.:	_____							

2) Données concernant le travailleur salarié

MATRICULE TRAVAILLEUR SALARIÉ	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Nom	_____									Prénom(s)	_____										
Nom marital	_____																				
Rue, Numéro	_____																				
Code Postal, Localité	_____												Code pays	_____							

3) Données concernant la période de travail à l'étranger

Période de travail à l'étranger prévue : du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 au

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3) a) Détachement dans un État

Lieu de travail dans le pays d'emploi	
Dénomination	_____
Rue, Numéro	_____
Code Postal, Localité	_____ Code pays _____
<input type="checkbox"/> Pas d'adresses fixes dans l'État d'emploi	Code pays _____
<input type="checkbox"/> Nom du navire	_____ Sous pavillon _____

3) b) Activité exercée normalement dans deux ou plusieurs États

<input type="checkbox"/> sur le territoire des États membres de l'UE	_____
<input type="checkbox"/> sur le territoire d'un ou de plusieurs États tiers	_____
Le(s)quel(s)?	_____

_____, le _____, _____
Lieu Date Signature