



**Demande de maintien sous la législation luxembourgeoise de sécurité sociale
par application de l'article 16 du Règlement CE N°883/2004**

Veillez cocher la case correspondante à votre demande

1^{re} Demande de détachement **Prorogation d'un détachement** **Autre raison**

pour

Nom et Prénom(s)	
Période demandée	du _____ au _____

Le document portable A1, établi antérieurement, est joint : Oui Non

Si le document portable A1, établi antérieurement n'est pas joint, veuillez remplir les cases 1 à 4 de ce formulaire.

1) Salarié

Nom :	_____
Prénom(s) :	_____
Date de naissance :	_____
Matricule :	_____
Nationalité :	_____
Adresse :	_____ _____
Engagé au Luxembourg par son employeur visé à la rubrique 2) depuis le :	

2) Employeur qui effectue la demande

Nom ou raison sociale :	_____
Adresse officielle :	_____ _____
Exercice d'activités substantielles au Luxembourg : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	



3) Entreprise d'accueil

Nom ou raison sociale :	_____
Adresse officielle :	_____ _____
Le lien organique avec l'employeur luxembourgeois sera maintenu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

4) Versement des cotisations sociales

Est-ce que l'employeur luxembourgeois continuera à verser les cotisations de sécurité sociale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--

5) Début du détachement

Début initial du détachement : _____

Fait à _____, le _____

Cachet et signature de l'employeur

Cette demande peut être transmise :

par envoi postal : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale 1, rue Charles Darwin L-1433 Luxembourg	par envoi électronique * : international@mss.etat.lu
--	--

* (scan / photocopie de bonne qualité de l'original signé ou PDF avec signature digitale)