



**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<sup>re</sup> Demande de détachement**       **Prorogation d'un détachement**       **Autre raison**

pour

<b>Nom et Prénom(s)</b>	
<b>Période demandée</b>	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 : <b>Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale</b> <b>1, rue Charles Darwin</b> <b>L-1433 Luxembourg</b>	par envoi électronique * : <b>international@mss.etat.lu</b>
--	--

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