

# DEMANDE DE DÉTACHEMENT DANS UN PAYS TIERS

Rectification  / Annulation

## 1) Données concernant l'employeur

<b>MATRICULE EMPLOYEUR</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
Nom ou dénomination	_____										Tél.	_____		
Rue	_____										Numéro	_____		
Code Postal	_____			Localité	_____					Code pays <sup>1</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## 2) Données concernant l'assuré

<b>MATRICULE ASSURÉ</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
Nom	_____										Nom marital	_____		
Prénom(s)	_____													
Rue	_____										Numéro	_____		
Code Postal	_____			Localité	_____					Code Pays <sup>1</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## 3) Données concernant la période de travail dans un pays tiers

Du	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(JJMMAAAA)
Pays du lieu de travail <sup>1</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Dénomination	_____														
Rue	_____										Numéro	_____			
Code Postal	_____			Localité	_____										
<input type="checkbox"/>	Pas d'adresses fixes dans l'État d'emploi														
<input type="checkbox"/>	Activité réalisée en télétravail														
<input type="checkbox"/>	Transport maritime														
Nom du navire	_____										Pavillon <sup>1</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro IMO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Par ma signature, je confirme l'exactitude des renseignements mentionnés dans le présent document. Je déclare avoir conscience que toute déclaration inexacte de ma part, de même que l'omission de déclarer tout changement, sont susceptibles de modifier l'affiliation, ainsi que de faire l'objet de sanctions telles que prévues par le Code de la sécurité sociale et par le Code pénal.

**Signataire**  Employeur /  Mandataire

Nom du signataire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Lieu Date Signature



Code Archivage  
C175 (V2024)

<sup>1</sup> La norme ISO 3166-1 alpha-2 est à appliquer aux codes pays.