

DEMANDE D'ATTESTATION EN CAS DE TRAVAIL À L'ÉTRANGER POUR RÉSIDENTS

Déclaration rectificative

1) Données concernant l'employeur

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

2) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ	<input type="text"/>																			
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 du au

3 a) Détachement dans un État

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

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

<input type="checkbox"/>	sur le territoire de plusieurs États membres de l'UE										<input type="checkbox"/>	occupation partielle dans le pays de résidence								
<input type="checkbox"/>	sur le territoire de plusieurs États tiers																			
	Lesquels ? _____																			

_____, le _____
Lieu

Date

Signature



Code Archivage
C122 (V2021)

Réservé à l'administration		

DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE EXERCICE D'ACTIVITÉS DANS DEUX OU PLUSIEURS ÉTATS MEMBRES - QUESTIONNAIRE POUR RÉSIDENTS

1) Données concernant l'employeur

MATRICULE EMPLOYEUR	<input type="text"/>														
Nom ou dénomination	<input type="text"/>														
Rue, Numéro	<input type="text"/>														
Code Postal, Localité	<input type="text"/>										Tél.	<input type="text"/>			

2) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ	<input type="text"/>														
Nom	<input type="text"/>							Prénom(s)	<input type="text"/>						
Nom marital	<input type="text"/>														
Téléphone	<input type="text"/>							E-Mail	<input type="text"/>						
Adresse légale															
Rue, Numéro	<input type="text"/>														
Code Postal, Localité	<input type="text"/>										Code Pays	<input type="text"/>			
Si l'adresse habituelle de l'assuré diffère de l'adresse légale, veuillez préciser depuis quand et fournir l'adresse exacte															
Date :	<input type="text"/>														
Rue, Numéro	<input type="text"/>														
Code Postal, Localité	<input type="text"/>										Code Pays	<input type="text"/>			

3) Données concernant l'activité de l'assuré auprès de l'employeur

Date début de l'activité de l'assuré pour le compte de l'employeur	<input type="text"/>
Date début de l'exercice d'activités dans 2 ou plusieurs Etats membres	<input type="text"/>
Date fin de l'exercice d'activités dans 2 ou plusieurs Etats membres	<input type="text"/>

L'assuré fait-il partie du personnel roulant, navigant ou volant d'une société de transport international ?	
<input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON	
*Précisez :	
<input type="checkbox"/> Transport routier	
<input type="checkbox"/> Transport aérien :	Pays où se situe la base d'affectation? ²
<input type="checkbox"/> Transport fluvial :	Le bateau appartient-il à la navigation du Rhin ? <input type="checkbox"/> OUI* <input type="checkbox"/> NON (*joindre une copie de l'attestation d'appartenance à la navigation du Rhin)
<input type="checkbox"/> Transport maritime :	<input type="checkbox"/> Pavillon luxembourgeois <input type="checkbox"/> Autre



Code Archivage
C161 (V202205)

Réservé à l'administration		

