CCSS
Centre commun de la sécurité sociale

Adresse postale : L-2975 Luxembourg
www.ccss.lu/contact | Tél.: 40141-1

DEMANDE DE DÉTACHEMENT DANS UN ÉTAT MEMBRE[1] (ART. 12 DU RÈGLEMENT (CE) N° 883/2004)

Rectification ☐ / *Annulation* ☐

1) Données concernant l'employeur

MATRICULE EMPLOYEUR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom ou dénomination _____ Tél. _____

Rue _____ Numéro _____

Code Postal _____ Localité _____ Code pays[2] ☐☐

2) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom _____ Nom marital _____

Prénom(s) _____

Rue _____ Numéro _____

Code Postal _____ Localité _____ Code Pays[2] ☐☐

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

Du ☐☐☐☐☐☐☐☐ au ☐☐☐☐☐☐☐☐ (JJMMAAAA)

Pays du lieu de travail[2] ☐☐

Dénomination _____

Rue _____ Numéro _____

Code Postal _____ Localité _____

☐ Pas d'adresses fixes dans l'État d'emploi

☐ Activité réalisée à 100% en télétravail — Si inférieur à 100%, utiliser le formulaire « Pluriactivité »

☐ Transport fluvial — Pour un batelier rhénan, utiliser le formulaire « Demande de certificat A1 pour batelier rhénan »

Nom du navire _____ Numéro ENI ☐☐☐☐☐☐☐☐

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 _____ Imprimer Effacer

Lieu Date Signature

Code Archivage
C174 (V2024)

[1] **Ce formulaire est également à utiliser pour le Royaume-Uni (application du protocole relatif à la coordination de la sécurité sociale).**
[2] **La norme ISO 3166-1 alpha-2 est à appliquer aux codes pays.**