

Demande de maintien d'affiliation au régime français de sécurité sociale dans le cadre d'un accord bilatéral de sécurité sociale auquel la France est partie

Vous souhaitez formuler une demande de

- prolongation de détachement
 dérogation exceptionnelle

Votre salarié se trouve

(indiquer le pays) _____

Votre salarié travaillera

- Uniquement sur ce territoire
 Sur le territoire d'autres Etats. Préciser :

Etats concernés	Période		Répartition du temps de travail
	du	au	(en %, en nombre de jours, de semaines ou de mois)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Employeur qui effectue cette demande

Raison sociale _____

Adresse _____

Téléphone _____

Télécopie _____

Courriel _____

Numéro de RCS ou SIREN ou TVA _____

URSSAF compétente, n° de compte _____

Secteur d'activité _____

Code NAF _____

nombre de salariés _____

Le lien de subordination entre l'employeur qui détache et le travailleur détaché doit en principe subsister pendant toute la durée du détachement

Salarié envoyé en mission

Nom _____

Prénoms _____

Date de naissance _____

Nationalité _____

Adresse actuelle ou dernière adresse connue en France _____

Numéro d'immatriculation _____

Caisse d'allocations familiales _____

n° d'allocataire _____

Fonction exercée au sein de l'entreprise _____

Date d'entrée dans l'entreprise _____

Employeur qui reçoit le salarié

Si le travailleur n'a pas d'entreprise d'accueil dans le pays de séjour, veuillez indiquer son adresse personnelle et/ou son lieu d'activité

Raison sociale _____

Adresse _____

Pays _____

Secteur d'activité _____

Fonction exercée au sein de l'entreprise d'accueil _____

S'il y a conclusion d'un contrat de travail avec l'entreprise d'accueil, précisez la nature du contrat :

- durée déterminée
- durée indéterminée

Caractéristiques de la mission

- Il s'agit d'une **prolongation d'une mission en cours**, veuillez préciser
 - **mission initiale demandée** : la date de début _____ et la date de fin _____
 - **prolongation demandée** : la date de début _____ et la date de fin _____
- Il s'agit d'une **nouvelle mission dans le cadre d'une dérogation exceptionnelle**, veuillez préciser
 - la date de début _____
 - la date de fin _____

Veuillez nous adresser une copie des formulaires déjà établis et dûment validés

L'employeur qui demande le maintien exceptionnel d'affiliation au régime français de sécurité sociale s'engage à s'acquitter des cotisations sociales auprès du régime français de sécurité sociale dont relève son secteur d'activité pendant toute la durée de la mission.

Fait à _____ le _____

Cachet de l'entreprise
(signature)

Questionnaire à retourner au
C.L.E.I.S.S. - Service Juridique - Détachement
11 rue de la Tour des Dames
75436 Paris cedex 09
Tél. : 01 45 26 54 45 - Fax. 01 53 20 72 21
www.cleiss.fr