



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

DÉCLARATION D'ENTRÉE POUR TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

1) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ *	<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"/>
Nom	_____											
Prénom(s)	_____											
Nom marital	_____											
Rue, Numéro	_____											
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____

2) Données concernant l'activité

DÉBUT DE L'ACTIVITÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GENRE DE L'ACTIVITÉ	artisanale	<input type="checkbox"/>	commerciale	<input type="checkbox"/>	profession libérale	<input type="checkbox"/>	
Profession exacte	_____						
Lieu de l'activité	_____						
Rue, Numéro	_____						
Code Postal, Localité	_____						
Êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité / de vieillesse	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>			
Si oui, veuillez indiquer la caisse de pension compétente.	_____						
Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>			
Si oui, dans quels pays ?	_____						
Si oui, s'agit-il d'une activité salariée?	<input type="checkbox"/>	non salariée?	<input type="checkbox"/>				
Votre conjoint ou partenaire** vous aide-t-il dans votre activité professionnelle ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>			
<i>Si oui, veuillez faire remplir soit une déclaration d'entrée pour aidants, soit une demande de dispense d'affiliation !</i>							
Adhésion volontaire à la Mutualité des employeurs ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>			

- **Tout changement des données concernant l'assuré principal ou l'aidant, qui intervient au cours de l'occupation, est à signaler par écrit au Centre commun.**

- **Sont dispensées de l'assurance les personnes qui retirent de l'activité indépendante un revenu professionnel ne dépassant pas un tiers par an du salaire social minimum, à moins qu'elles ne demandent d'être affiliées.**

_____, le _____
Lieu

Date

Signature

Réservé à l'administration		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Code Archivage
C106 (V201403)

* à défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joignez une copie d'une pièce d'identité officielle (passeport, carte d'identité...)

** partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats