



CENTRE COMMUN  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
L-2975 Luxembourg  
Tél.: 40141-1 [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

# DÉCLARATION D'ENTRÉE POUR TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

## 1) Données concernant l'assuré

|                           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>MATRICULE ASSURÉ *</b> | <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

|                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                      |                          |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>DÉBUT DE L'ACTIVITÉ</b>                                                                                                     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| <b>GENRE DE L'ACTIVITÉ</b>                                                                                                     | 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 |  |  |
|                            |  |  |



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