



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

DÉCLARATION D'ENTRÉE POUR SALARIÉ DU SECTEUR PRIVÉ

Rectification / Annulation

1) Données concernant l'employeur

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

2) 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	_____						Prénom(s)	_____						
Nom marital	_____													
Rue, Numéro	_____													
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____		

3) Données concernant l'activité professionnelle de l'assuré

A) TYPE	Durée indéterminée	<input type="checkbox"/>	Durée déterminée	<input type="checkbox"/>										
	Apprentissage	<input type="checkbox"/>	Étudiant	<input type="checkbox"/>										
			Occupation occasionnelle	<input type="checkbox"/>										
B) PÉRIODE	Date d'entrée	<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"/>	<input type="text"/>
	Fin de la période d'essai	<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"/>	<input type="text"/>
C) ACTIVITÉ	Description précise	_____						Code emploi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Heures de travail par semaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>					Activité manuelle	<input type="checkbox"/>					
D) LIEU(X) DE TRAVAIL	L	<input type="checkbox"/>	Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Localité	_____					
	B	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	NL	<input type="checkbox"/>	Autre(s)	<input type="checkbox"/> _____				

4) Données concernant le statut de l'assuré dans l'entreprise

L'assuré est détenteur de l'autorisation d'établissement	<input type="checkbox"/>			
L'assuré est gérant, administrateur ou administrateur-délégué	<input type="checkbox"/>	Pourcentage des parts		%

Nom du signataire Employeur / Mandataire _____

_____, le _____, le _____

Lieu

Date _____ Signature _____



Code Archivage
C121 (V2014)

Réservé à l'administration		

* A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle.