CCSS
Centre commun de la sécurité sociale
Adresse postale : L-2975 Luxembourg
www.ccss.lu/contact | Tél.: 40141-1

EXERCICE D'ACTIVITÉS RÉGULIÈRES DANS DEUX OU PLUSIEURS ÉTATS MEMBRES[1] (PLURIACTIVITÉ)

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) _____

Adresse légale

Rue _____ Numéro _____

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

Si l'adresse **habituelle** de l'assuré diffère de l'adresse légale, veuillez préciser depuis quand et fournir l'adresse exacte :

Date ☐☐☐☐☐☐☐☐ (JJMMAAAA)

Rue _____ Numéro _____

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

3) Données concernant la pluriactivité de l'assuré auprès de l'employeur

Début de l'exercice d'activités dans deux ou plusieurs États membres ☐☐☐☐☐☐☐☐ (JJMMAAAA)

Fin de l'exercice d'activités dans deux ou plusieurs États membres* ☐☐☐☐☐☐☐☐ (JJMMAAAA)

*** Date de fin obligatoire : 12 mois minimum (si possible) ou date de fin du contrat de travail.**

L'assuré fait-il partie du personnel roulant ou navigant d'une société de transport international ?

☐ OUI* ☐ NON

* Précisez :

☐ Transport routier

☐ Transport fluvial

Pour un batelier rhénan, utiliser le formulaire « Demande de certificat A1 pour batelier rhénan »

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

L'activité dans deux ou plusieurs États membres est-elle exercée en partie ou entièrement en télétravail ?

☐ OUI ☐ NON

Si l'assuré remplit les conditions, souhaite-t-il se voir appliquer l'accord-cadre en matière de télétravail ?

☐ OUI ☐ NON

Code Archivage
C170 (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.**

4) Données relatives aux lieux d'occupation pour toute l'activité professionnelle

% A = taux d'activité **hors** télétravail **% T** = taux d'activité en télétravail*

La somme des pourcentages indiqués dans tous les champs ci-dessous doit être égale à **100 %**. **Somme % :** 0 **%**

Pays	% A	% T	Pays	% A	% T	Pays	% A	% T	Pays	% A	% T
Luxembourg [LU]			Belgique [BE]			Allemagne [DE]			France [FR]		
Autriche [AT]			Bulgarie [BG]			Suisse [CH]			Chypre [CY]		
Tchéquie [CZ]			Danemark [DK]			Estonie [EE]			Espagne [ES]		
Finlande [FI]			Grèce [GR]			Croatie [HR]			Hongrie [HU]		
Irlande [IE]			Islande [IS]			Italie [IT]			Liechtenstein [LI]		
Lituanie [LT]			Lettonie [LV]			Malte [MT]			Pays-Bas [NL]		
Norvège [NO]			Pologne [PL]			Portugal [PT]			Roumanie [RO]		
Suède [SE]			Slovénie [SI]			Slovaquie [SK]					

Pays	% A	% T
Royaume-Uni [UK]		

* correspond au pourcentage prévisible de télétravail par mois pendant la période déclarée (moyenne mensuelle).

5) Données concernant d'autres activités de l'assuré

L'assuré concerné exerce-t-il une autre activité professionnelle pour son propre compte ou pour le compte d'un autre employeur ?

☐ OUI* ☐ NON

* Dans quel(s) pays? Code(s) pays[2] : ☐☐ ☐☐ ☐☐

Nature de l'activité :
- ☐ Salarié
- ☐ Indépendant
- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Autre _____

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 _____

Imprimer Effacer

_____ , le _____ _____

Lieu Date Signature

[2] **La norme ISO 3166-1 alpha-2 est à appliquer aux codes pays.**