



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"/> | Fin du contrat | <input type="text"/> | | | | | | | |
| | Fin de la période d'essai | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| C) ACTIVITÉ | Description précise | _____ | | Code emploi | <input type="text"/> | | | | | | |
| | Heures de travail par semaine | <input type="text"/> | Activité manuelle | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| D) LIEU(X) DE TRAVAIL | L | <input type="checkbox"/> | Code postal | <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
Lieu

_____, le
Date

Signature



Code Archivage
C121 (V2014)

Réservé à l'administration