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

DEMANDE D'ATTESTATION EN CAS DE TRAVAIL À L'ÉTRANGER POUR INDÉPENDANTS

1) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom _____ Prénom(s) _____

Nom marital _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Code Pays _____

2) Renseignements sur l'activité au Luxembourg

MATRICULE EMPLOYEUR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom ou dénomination _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Tél. _____

*A remplir en cas d'activité **régulière** dans plusieurs pays **:voir ci-contre***

Pays où une activité est exercée _____

Exercez-vous une activité substantielle dans votre pays de résidence? oui ☐ / non ☐
(plus de 25% de l'activité totale)

Justification: _____

Si **non,** où se trouve votre centre d'intérêt professionnel? (Siège, pays où vous êtes imposable, revenu plus élevé, majorité des clients) _____

Justification: _____

*A remplir en cas d'activité **temporaire** à l'étranger ou à bord d'un navire étranger **:voir ci-contre***

Entreprise utilisatrice/nom du navire _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité / pavillon _____

Activité exacte à l'étranger _____

Durée prévisible de l'activité du ☐☐☐☐☐☐☐☐ au ☐☐☐☐☐☐☐☐

_____ , le _____ Imprimer Effacer

Lieu Date Signature

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