



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

# ANTRAG AUF VERSICHERUNGSNACHWEIS BEI AUSÜBUNG DER BERUFSTÄTIGKEIT AUßERHALB LUXEMBURGS

Hier ankreuzen wenn es sich um eine Änderung einer Angabe handelt

## 1) Angaben zum Arbeitgeber

|                           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ARBEITGEBERNUMMER         | <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"/> |
| Name o. Firmenbezeichnung | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Strasse, Nr               | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Postleitzahl, Ort         | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Tel.                 | _____                |                      |                      |

## 2) Angaben zum Versicherten

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| VERSICHERTENNUMMER * | <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"/> |
| Name                 | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Vorname(n)           | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |
| Name des Ehepartners | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Strasse, Nr          | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Postleitzahl, Ort    | _____                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Landeskennzeichen    | _____                |                      |                      |

## 3) Angaben betreffend die Arbeit im Ausland

Voraussichtliche Dauer : vom  zum

## 3 a) Entsendung in ein bestimmtes Land

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|-------|--|--|
| Landeskennzeichen         | _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |
| Name o. Firmenbezeichnung | _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |
| Strasse, Nr               | _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |
| Postleitzahl, Ort         | _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | Keine genauen Adressen im Beschäftigungsland |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | Name des Schiffes _____                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Flagge | _____ |  |  |

## 3 b) Tätigkeit, die üblicherweise in zwei oder mehreren Ländern ausgeübt wird

|                          |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | auf dem Gebiet von Mitgliedsstaaten der EU |  |  |  | <input type="checkbox"/> | teilweise Beschäftigung im Land des Wohnsitzes |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | auf dem Gebiet mehrerer Drittländer        |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Welche ? _____           |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Datum \_\_\_\_\_, Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift



Code Archivage  
C121 (V2014)

Der Verwaltung vorbehalten