CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

ARBEITSUNFÄHIGKEITSMELDUNG

Hier ankreuzen wenn es sich um eine Änderung einer Angabe handelt ☐

ARBEITGEBERNUMMER ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Arbeitgeber _____

Meldung des Monats ☐☐ (MM) ☐☐☐☐ (JJJJ)

Versichertennummer	Name	Vorname	von	bis	Stunden	T

Datum und Unterschrift:

code archivage C112 (V 2014)

Drucken Löschen