



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

ANMELDEFORMULAR FÜR (EHE)PARTNER *

1) Angaben zum (Ehe)partner *

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"/>
Name	_____ Vorname(n) _____											
Name des Ehepartners	_____											
Strasse, Nr	_____											
Postleitzahl, Ort	_____										Landeskennzeichen	_____

2) Beginn der Tätigkeit

EINTRITTSDATUM	<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"/>
-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3) Angaben zum Hauptversicherten

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"/>
Name	_____ Vorname(n) _____											
Name des Ehepartners	_____											
Strasse, Nr	_____											
Postleitzahl, Ort	_____										Landeskennzeichen	_____

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Code Archivage
C106 (V201403)

<i>Der Verwaltung vorbehalten</i>		

* Partner im Sinne des Artikels 2 des Gesetzes vom 9. Juli 2004 über die rechtlichen Auswirkungen bestimmter Partnerschaften

** Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises oder des Passes beilegen.