



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

# ANMELDEFORMULAR FÜR ARBEITNEHMER DES PRIVATSEKTORS

Änderungsantrag  / Annullierung

## 1) Angaben zum Arbeitgeber

**ARBEITGEBERNUMMER**

Name o. Firmenbezeichnung \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## 2) Angaben zum Versicherten

**VERSICHERTENNUMMER \***

Name \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_  
 Name des Ehepartners \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ Landeskennzeichen \_\_\_\_\_

## 3) Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Versicherten

**A) ART** Unbefristeter Vertrag  Befristeter Vertrag   
 Lehrvertrag  Studentenvertrag   
 Gelegenheitsarbeit

**B) ZEITRAUM** Eintrittsdatum         Vertragsende          
 Ende der Probezeit

**C) TÄTIGKEIT** Genaue Beschreibung \_\_\_\_\_ Klassifizierung      
 Arbeitsstunden pro Woche   Manuelle Tätigkeit

**D) ARBEITSORT(E)** L  Postleitzahl     Ort \_\_\_\_\_  
 B  D  F  NL  Andere  \_\_\_\_\_

## 4) Angaben zur Stellung des Versicherten innerhalb des Betriebs

Der Versicherte ist Inhaber der Handelsermächtigung   
 Der Versicherte ist als Geschäftsführer, Vorstandsmitglied oder geschäftsführendes Vorstandsmitglied tätig  Anteile in der Firma \_\_\_\_\_ %

Name des  Arbeitgeber /  Bevollmächtigter  
 Unterzeichnenden \_\_\_\_\_

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



Code Archivage  
C121 (V2014)

Der Verwaltung vorbehalten

--	--	--

\* Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises/Passes beifügen.