

Adresse postale : L-2975 Luxembourg
www.ccss.lu | ccss@secu.lu | Tél.: 40141-1 | Fax : 404481

1) Angaben zum Versicherten

VERSICHERTENNUMMER *

Name _____ Vorname(n) _____

Name des Ehepartners _____

Strasse, Nr _____

Postleitzahl, Ort _____ Landeskennzeichen _____

2) Angaben zur Tätigkeit

BEGINN DER TÄTIGKEIT

ART DER TÄTIGKEIT handwerklich gewerblich freiberuflich

Genauer Beruf _____

Ort der Tätigkeit _____

Straße, Nummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Beziehen Sie eine Rente? (Invaliden- oder Altersrente) ja nein

Wenn ja, bitte die zuständige Pensionskasse angeben. _____

Üben Sie eine Tätigkeit im Ausland aus? ja nein

Wenn ja, in welchen Ländern? _____

Wenn ja, handelt es sich um eine abhängige selbständige Tätigkeit?

Hilft Ihr (Ehe)partner ** Ihnen bei ihrer beruflichen Tätigkeit? ja nein

Wenn ja, füllen Sie bitte ein Anmeldeformular oder einen Antrag auf Freistellung aus!

Freiwilliger Beitritt zur "Mutualité des employeurs"? ja nein

- **Veränderungen versicherungsrelevanter, den Hauptversicherten oder den mithelfenden (Ehe)partner ** betreffenden Gegebenheiten, sind der Zentralstelle der Sozialversicherungen schriftlich zu melden.**

- **Personen, deren Einkommen niedriger ist als ein Drittel des Mindestlohns sind von der Versicherungspflicht freigestellt, es sei denn, sie stellen einen Antrag auf Versicherung.**

_____, den _____, Datum _____, Unterschrift _____

Der Verwaltung vorbehalten

--	--	--



Code Archivage
C106 (V201403)

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

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