



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

ABMELDUNG FÜR SELBSTÄNDIGE

1) 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"/>
Name	_____ Vorname(n) _____											
Name des Ehepartners	_____											
Strasse, Nr	_____											
Postleitzahl, Ort	_____										Landeskennzeichen	_____

2) Angaben zum Austrittsdatum

ENDE DER TÄTIGKEIT	<input type="text"/>						
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3) Angaben zum Austrittsgrund

Grund der Abmeldung	<input type="checkbox"/>	Aufgabe der Tätigkeit (<i>für Freiberufler</i>)
	<input type="checkbox"/>	Veräußerung von Anteilen und/oder Rücktritt als Geschäftsführer (<i>Personen, die im Rahmen einer Gesellschaft versichert sind, bitte eingetragene Akte und/ oder Handlungsmächtigung beilegen</i>)
	<input type="checkbox"/>	Rücktritt als Verwaltungsratsmitglied (<i>Akte und/oder Handlungsmächtigung beilegen</i>)
	<input type="checkbox"/>	Aufgabe des Geschäfts (<i>Original der Handlungsmächtigung beilegen</i>)
	<input type="checkbox"/>	Persönliche Rente
	<input type="checkbox"/>	Andere

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Code Archivage
C106 (V201403)

Der Verwaltung vorbehalten		

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