



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

Abmeldung aus der freiwilligen Weiter- / Selbstversicherung bei der Krankenkasse

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 | _____ | | | | | | | | | | | |
| Name des Ehepartners | _____ | | | | | | | | | | | |
| Strasse, Nr | _____ | | | | | | | | | | | |
| Postleitzahl, Ort | _____ | | | | | | | | | | Landeskennzeichen | _____ |

2) Angaben zum Austritt aus der Versicherung

| | | | | | | | |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| DATUM DES AUSTRITTS | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Grund des Austritts | _____ | | | | | | |

_____, den _____, Ort _____, Datum _____, Unterschrift _____



Code Archivage
C129 (V201403)

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <i>Der Verwaltung vorbehalten</i> | | |
| | | |

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