



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

## DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE

### 1) Données concernant le demandeur

<b>MATRICULE</b>	<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"/>
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle												
Nom	_____ Prénom(s) _____											
Nom marital	_____											
Rue, Numéro	_____											
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____
Téléphone	_____ E-mail _____											

### 2) Données concernant les modalités de l'assurance

#### a) le demandeur d'assurance

La dernière assurance maladie était  au Luxembourg  
 auprès d'un régime international (Lequel ?) \_\_\_\_\_  
 dans un autre pays (Pays) \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la date de fin de l'assurance : \_\_\_\_\_ (JJ MM AAAA)

- Au cas où la dernière période d'assurance maladie n'était pas au Luxembourg, joindre **obligatoirement** un certificat d'affiliation (E104 / S041 ou certificat de coassurance).

#### b) le conjoint / le partenaire légal du demandeur d'assurance maladie volontaire

<b>MATRICULE</b>	<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"/>
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle												
Nom	_____ Prénom(s) _____											
Le conjoint/partenaire légal est-il bénéficiaire d'une assurance maladie: Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>												
➤ La personne qui perd le bénéfice de l'assurance maladie peut bénéficier sous certaines conditions de la coassurance en qualité de membre de famille. Avant de renvoyer ce formulaire, veuillez vous adresser à la caisse de maladie compétente de la personne respective (parent, allié ou conjoint/partenaire légal).												

### 3) Données concernant le mandataire (facultatif)

<b>MATRICULE</b>	<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"/>
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle												
Nom	_____ Prénom(s) _____											

Le soussigné s'engage à signaler au CCSS de suite et par écrit tout changement des données qui intervient au cours de l'assurance maladie, notamment la possibilité d'assurance auprès d'un autre régime ou un changement d'adresse. Le soussigné prend note que tout courrier retourné faute d'adresse peut entraîner l'annulation de l'assurance.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Lieu Date Signature



Code Archivage  
C129 (V201504)

Réservé à l'administration		



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

## Mandat de domiciliation SEPA-Core pour personnes physiques

### 1) Données concernant le demandeur

<b>MATRICULE ASSURÉ *</b>	<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"/>	
Nom	_____						Prénom(s)	_____					
Nom marital	_____												
Rue, Numéro	_____												
Code postal, Localité	_____								Code pays	_____			

### 2) Type de cotisations à encaisser par domiciliation (Cocher la/les case(s) correspondante(s))

<input type="checkbox"/> Cotisations pour assurance volontaire
<input type="checkbox"/> Cotisations pour assurance obligatoire pour indépendants
<input type="checkbox"/> Cotisations pour assurance obligatoire d'une personne occupée dans un ménage privé

### 3) Données concernant le détenteur du compte bancaire (uniquement si différent de l'assuré)

Nom	_____						Prénom(s)	_____					
Nom marital	_____												
Rue, Numéro	_____												
Code postal, Localité	_____								Code pays	_____			

### 4) Données concernant le mandat de domiciliation SEPA-Core

Le soussigné												
<input type="checkbox"/>	autorise (A) le Centre commun de la sécurité sociale (Creditor ID: LU52ZZZ00000000000000000074) à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte, (B) sa banque à débiter son compte conformément aux instructions du Centre commun de la sécurité sociale et (C) l'annulation d'un mandat existant éventuel. Le débit se fait 7 jours après envoi de la facture. Il bénéficie d'un droit à un remboursement par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée auprès de sa banque dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte. Ses droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.											
<input type="checkbox"/>	annule le mandat de domiciliation SEPA-Core											
BIC	<input type="text"/>											
IBAN	<input type="text"/>											
Sont acceptés uniquement des comptes courants en euro												

\_\_\_\_\_, le  
Lieu

\_\_\_\_\_, le  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

Réservé à l'administration		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Code Archivage  
C134 (V201403)