



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

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE DU MINEUR / DE L'INFIRME PAR L'ÉTAT (ART. 32)

1) Données concernant l'enfant mineur / la personne infirme

MATRICULE	<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 ou de l'acte de naissance													
Nom	_____						Prénom(s)	_____					
Rue, Numéro	_____												
Code Postal, Localité	_____							Code Pays	_____				
Début de l'assurance	(JJ/MM/AAAA) _____												

2) Données concernant le demandeur

MATRICULE	<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	_____							

3) Données supplémentaires du premier parent

MATRICULE	<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	_____							
La dernière assurance maladie était	<input type="checkbox"/> au Luxembourg												
	<input type="checkbox"/> auprès d'un régime international (Lequel ?) _____												
	<input type="checkbox"/> dans un autre pays (Pays) _____												
Veuillez indiquer la date de fin de l'assurance :	(JJ MM AAAA) _____												



Code Archivage
C129 (V201505)

Réservé à l'administration		

