

## DÉCLARATION DE SORTIE POUR TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

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

1) Données cond	ernant l'assuré								
MATRICU ASSURÉ									
Nom						Prénom	(s)		
Nom marital							· /		
Rue, Numéro									
Code Postal, Lo	ocalité							Code Pays	
	cités de travail po			naternit	<b>é</b> ne doive	nt <b>pas</b> ê	tre déclaré	es via ce form	ulaire.
?) Arrêt <b>tempor</b> a	<u>nire</u> de l'activité	indépenda 	inte						
Date d'arrêt :									
Tout and Motif:	rêt temporaire	sans date	e de repr	ise sei	ra consic	léré coi	mme ces	sation d'act	ivité.
	l'activité indép	endante							
Date de cessa	tion :								
Motif:									
	Cession de par (joindre une copie d		stré auprès du	Registre	de Commerc	e et des S	ociétés)		
	Démission du conseil d'administration : (joindre une copie de l'acte enregistré auprès du Registre de Commerce et des Sociétés)								
	Cessation de co	ommerce	·	-			ŕ		
	Pension persor	nelle							
	Autre motif :								
	Lieu		,	le _	D	ate	Réservé à l'adr	Signat	ure
			Code Archivaç C106 (V20140	ge 93)					

<sup>\*</sup> à défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joignez une copie d'une pièce d'identité officielle (passeport, carte d'identité...)