CCSS
Centre commun de la sécurité sociale
Adresse postale : L-2975 Luxembourg
www.ccss.lu | ccss@secu.lu | Tél.: 40141-1 | Fax : 404481

DÉCLARATION DE SORTIE

Déclaration rectificative ☐

1) Données concernant l'employeur

MATRICULE EMPLOYEUR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom ou dénomination _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Tél. _____

2) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom _____ Prénom(s) _____

Nom marital _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Code Pays _____

3) Données concernant la cessation de l'activité professionnelle

Dernier jour de travail (y compris le préavis légal) ☐☐☐☐☐☐☐☐

Motif du départ :

- ☐ Résiliation, fin du contrat ou tout autre motif non énuméré ci-dessous (1)
- ☐ Pension personnelle (2)
- ☐ Décès du salarié (3)
- ☐ Modification du contrat de travail (5)
- ☐ Préretraite (6)
- ☐ Faillite de l'employeur (9)

Nom du signataire ☐ Employeur / ☐ Mandataire _____

_____ , le _____

Lieu Date Signature

Imprimer Effacer

Code Archivage
C125 (V2014)

Réservé à l'administration		

*** A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle.**