



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

## Déclaration de sortie de l'assurance maladie volontaire continuée / facultative

### 1) Données concernant l'assuré

<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) Données concernant la fin de l'assurance

<b>DATE DE SORTIE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif de résiliation	_____						

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature

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



Code Archivage  
C129 (V201403)

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