



CENTRE COMMUN  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L-2975 Luxembourg  
Tél.: 40141-1 [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

# Antrag auf Versicherungsnachweis für Selbständige bei Ausübung der Berufstätigkeit außerhalb Luxemburgs

## 1) Angaben zum Versicherten

VERSICHERTENNUMMER *	<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"/>	<input type="text"/>
Name	_____												
Name des Ehepartners	_____												
Strasse, Nr	_____												
Postleitzahl, Ort	_____										Landeskennzeichen	_____	

## 2) Angaben zur Tätigkeit in Luxemburg

ARBEITGEBERNUMMER	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name o. Firmenbezeichnung	_____													
Strasse, Nr	_____													
Postleitzahl, Ort	_____											Tel.	_____	

## Bei **regelmässiger** Arbeit in mehreren Ländern auszufüllen : **Erklärungen nebenstehend**

Länder in denen die Tätigkeit stattfindet	_____
Verrichten Sie einen wesentlichen Teil ihrer beruflichen Tätigkeit in dem Land wo sie wohnen? ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	
(mehr als 25% der Gesamttätigkeit)	
Begründung:	_____
Wenn <b>nein</b> , wo befindet sich der Mittelpunkt Ihrer Tätigkeiten? (Sitz der Firma, Steuerzuständigkeit, Mehrheit der Einkünfte, Mehrheit der Kunden etc..)	_____
Begründung:	_____

## Bei einem **zeitlich begrenzten** Auftrag im Ausland auszufüllen

Benutzerfirma/Arbeitsort oder Name des Schiffes	_____	
Straße, Nummer	_____	
Postleitzahl, Ort / Flagge	_____	
Genaue Tätigkeit im Ausland	_____	
Voraussichtliche Dauer des Auftrags	vom <input type="text"/>	bis <input type="text"/>

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises oder des Passes beilegen.