



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

# ANTRAG AUF FREISTELLUNG FÜR MITHELFENDE (EHE)PARTNER \*

## 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"/> |
| Name                 | _____ Vorname(n) _____ |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Name des Ehepartners | _____                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Strasse, Nr          | _____                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Postleitzahl, Ort    | _____                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Landeskennzeichen    | _____                |

beantragt die Freistellung von der Pflichtversicherung ab

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Die Artikel 5, 88 und 180 der Sozialversicherungsordnung sehen die Möglichkeit einer Freistellung von der Versicherungspflicht für den mithelfenden (Ehe)Partner \* vor, der seinem Partner in einer Art bei seiner beruflichen Tätigkeit behilflich ist, dass dies als Haupttätigkeit anzusehen ist. Diese Freistellung gilt für alle Bereiche der Sozialversicherung.

**ANMERKUNG : Im Falle einer Freistellung sind keine Geldleistungen im Falle eines Berufsunfalls, Krankheit oder Mutterschaft geschuldet. Die freigestellte Person ist auch nicht pensionsversichert. Die Freistellung gilt bis zu dem Datum, wo eine Anmeldung als mithelfender Partner bei der Sozialversicherung eingeht. Die Zentralstelle der Sozialversicherungen wird weder rückwirkende Anmeldungen noch Freistellungen annehmen!**

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

|                                   |                      |                      |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Der Verwaltung vorbehalten</i> |                      |                      |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



Code Archivage  
C106 (V201403)

\* Partner im Sinne des Artikels 2 des Gesetzes vom 9. Juli 2004 über die rechtlichen Auswirkungen bestimmter Partnerschaften

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