CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

ANMELDEFORMULAR FÜR ARBEITNEHMER DES PRIVATSEKTORS

Hier ankreuzen wenn es sich um eine Änderung einer Angabe handelt ☐

1) Angaben zum Arbeitgeber

ARBEITGEBERNUMMER ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name o. Firmenbezeichnung _____

Strasse, Nr _____

Postleitzahl, Ort _____ Tel. _____

2) Angaben zum Versicherten

VERSICHERTENNUMMER * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name _____ Vorname(n) _____

Name des Ehepartners _____

Strasse, Nr _____

Postleitzahl, Ort _____ Landeskennzeichen _____

3) Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Versicherten

A) ART

Unbefristeter Vertrag ☐ Befristeter Vertrag ☐

Lehrvertrag ☐ Studentenvertrag ☐

Gelegenheitsarbeit ☐

B) ZEITRAUM Eintrittsdatum ☐☐☐☐☐☐☐☐ Vertragsende ☐☐☐☐☐☐☐☐

Ende der Probezeit ☐☐☐☐☐☐☐☐

C) TÄTIGKEIT Genaue Beschreibung _____ Klassifizierung ☐☐☐☐

Arbeitsstunden pro Woche ☐☐ Manuelle Tätigkeit ☐

D) ARBEITSORT(E) L ☐ Postleitzahl ☐☐☐☐ Ort _____

B ☐ D ☐ F ☐ NL ☐ Andere ☐ _____

4) Angaben zur Stellung des Versicherten innerhalb des Betriebs

Der Versicherte ist Inhaber der Handelsermächtigung ☐

Der Versicherte ist als Geschäftsführer, Vorstandsmitglied oder geschäftsführendes Vorstandsmitglied tätig ☐ Anteile in der Firma _____ %

* Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte d
Personalausweises/Passes beifügen.

Name des Unterzeichnenden ☐ Arbeitgeber / ☐ Bevollmächtigter _____

_____

_____ , den _____ Drucken Löschen

Ort Datum Unterschrift

Der Verwaltung vorbehalten		

Code Archivage
C121 (V2014)

* Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises/Passes beifügen.