



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

ARBEITSUNFÄHIGKEITSMELDUNG

Hier ankreuzen wenn es sich um eine Änderung einer Angabe handelt

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arbeitgeber _____

Meldung des Monats

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(MM)	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(JJJJ)			

Versichertennummer	Name	Vorname	von	bis	Stunden	T



Datum und Unterschrift:

code archivage C112 (V 2014)