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

Demande d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire pour étudiant

1) Données concernant l'établissement d'enseignement ou de formation professionnelle

MATRICULE DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom ou dénomination _____

Rue, Numéro _____

Code postal, Localité _____ Tél. _____

2) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ *

Nom _____ Prénom(s) _____

Nom marital _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Code Pays _____

3) Données concernant la période d'études

Date début _____ Date fin _____

Imprimer Effacer

_____ , le _____ _____

Lieu Date Signature et tampon de l'établissement

Code Archivage
C121 (V2014)

Réservé à l'administration		

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