



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

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE DU MINEUR / DE L'INFIRME PAR L'ÉTAT (ART. 32)

## 1) Données concernant l'enfant mineur / la personne infirme

<b>MATRICULE</b>	<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"/>	
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle ou de l'acte de naissance													
Nom	_____					Prénom(s)	_____						
Rue, Numéro	_____												
Code Postal, Localité	_____							Code Pays	_____				
Début de l'assurance	(JJ/MM/AAAA) _____												

## 2) Données concernant le demandeur

<b>MATRICULE</b>	<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"/>	
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle													
Nom	_____					Prénom(s)	_____						
Nom marital	_____												
Rue, Numéro	_____												
Code Postal, Localité	_____							Code Pays	_____				
Téléphone	_____					E-mail	_____						

## 3) Données supplémentaires du premier parent

<b>MATRICULE</b>	<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"/>	
A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle													
Nom	_____					Prénom(s)	_____						
Nom marital	_____												
Rue, Numéro	_____												
Code Postal, Localité	_____							Code Pays	_____				
Téléphone	_____					E-mail	_____						
La dernière assurance maladie était	<input type="checkbox"/> au Luxembourg												
	<input type="checkbox"/> après d'un régime international (Lequel ?) _____												
	<input type="checkbox"/> dans un autre pays (Pays) _____												
Veuillez indiquer la date de fin de l'assurance :	(JJ MM AAAA) _____												



Code Archivage  
C129 (V201505)

Réservé à l'administration		

<b>MATRICULE</b>	<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"/>	<b>A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle</b>	
Nom _____	Prénom(s) _____		
Nom marital _____			
Rue, Numéro _____			
Code Postal, Localité _____			Code Pays _____
Téléphone _____	E-mail _____		
La dernière assurance maladie était	<input type="checkbox"/> au Luxembourg <input type="checkbox"/> auprès d'un régime international : _____ (Lequel ?) <input type="checkbox"/> dans un autre pays : _____ (Pays)		
Veuillez indiquer la date de fin de l'assurance :	_____ (JJ MM AAAA)		

<b>Pièces à joindre:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Certificat médical (cas d'une personne infirme)</b></li> <li>○ <b>Preuve de la dernière période d'assurance maladie (E104, S041 ou certificat de coassurance) de l'un des parents.</b></li> </ul>
--------------------------	---

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Lieu
Date
Signature