



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

## DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE

### 1) 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 _____						

### 2) Données concernant les modalités de l'assurance

#### a) le demandeur d'assurance

La dernière assurance maladie était  au Luxembourg  
 auprès d'un régime international (Lequel ?) \_\_\_\_\_  
 dans un autre pays (Pays) \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la date de fin de l'assurance : \_\_\_\_\_ (JJ MM AAAA)

- Au cas où la dernière période d'assurance maladie n'était pas au Luxembourg, joindre **obligatoirement** un certificat d'affiliation (E104 / S041 ou certificat de coassurance).

#### b) le conjoint / le partenaire légal du demandeur d'assurance maladie volontaire

<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) _____						
Le conjoint/partenaire légal est-il bénéficiaire d'une assurance maladie: Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>												
➤ La personne qui perd le bénéfice de l'assurance maladie peut bénéficier sous certaines conditions de la coassurance en qualité de membre de famille. Avant de renvoyer ce formulaire, veuillez vous adresser à la caisse de maladie compétente de la personne respective (parent, allié ou conjoint/partenaire légal).												

### 3) Données concernant le mandataire (facultatif)

<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) _____						

Le soussigné s'engage à signaler au CCSS de suite et par écrit tout changement des données qui intervient au cours de l'assurance maladie, notamment la possibilité d'assurance auprès d'un autre régime ou un changement d'adresse. Le soussigné prend note que tout courrier retourné faute d'adresse peut entraîner l'annulation de l'assurance.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Lieu Date Signature



Code Archivage  
C129 (V201504)

Réservé à l'administration		

