



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

ANMELDEFORMULAR FÜR ARBEITNEHMER DES PRIVATSEKTORS

Änderungsantrag / Annullierung

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 _____ %

Name des Arbeitgeber / Bevollmächtigter _____
 Unterzeichnenden _____

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Code Archivage
C121 (V2014)

Der Verwaltung vorbehalten

--	--	--

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