



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

ANTRAG AUF FREIWILLIGE KRANKENVERSICHERUNG

1) Angaben zum Antragsteller

Versicherten- Nummer	<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"/>	
Wenn noch keine Versichertennummer besteht, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie des Personalausweises/Passes beifügen.													
Name	_____					Vorname(n)	_____						
Name des (Ehe)partners	_____												
Strasse, Nr	_____												
Postleitzahl, Ort	_____								Landeskennzeichen	_____			
Telefon	_____				E-mail	_____							

2) Angaben zur Versicherung

a) betreffend den Antragsteller der Versicherung

Die letzte Krankenversicherung war: in Luxemburg
 bei einer internationalen Krankenversicherung (Welche?)
 in einem anderen Land (Land)

Abmeldedatum der Versicherung : (TT MM JJJJ)

➤ Im Fall einer Auslands- oder internationalen Versicherung fügen Sie bitte einen Versicherungsbescheid bei (**S041 oder Mitversicherungsbescheid**).

b) betreffend den (Ehe)partner des Antragstellers

VERSICHERTEN- NUMMER	<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"/>
---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Name _____ Vorname(n) _____

Ist der (Ehe)partner Mitglied in einer Krankenkasse? Ja / Nein

➤ Die Person welche die Mitgliedschaft in der Krankenkasse verliert, kann in den Genuss der Mitversicherung als Familienmitglied kommen. Erfüllen Sie diese Bedingung, dann wenden Sie sich bitte an die Gesundheitskasse / Krankenkasse der betreffenden Person (Verwandter, (Ehe)partner).

3) Angaben zum Bevollmächtigten (fakultativ)

Versicherten- Nummer	<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"/>
---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Name _____ Vorname(n) _____

Der Unterzeichnete verpflichtet sich, der Verwaltung jede Änderung seiner Situation (z.B. Änderung des Wohnortes oder andere Versicherungsmöglichkeit) umgehend schriftlich mitzuteilen und nimmt Kenntnis davon, dass nichtzustellbare Post die Annullierung der Versicherung nach sich ziehen kann.

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Der Verwaltung vorbehalten		



Code Archivage
C129 (V201504)



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

SEPA-Core-Lastschriftmandat für natürliche Personen

1) Angaben zum Antragsteller

VERSICHERTENNUMMER	<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"/>	
Name	_____						Vorname(n)	_____					
Name des Ehepartners	_____												
Strasse, Nr	_____												
Postleitzahl, Ort	_____									Landeskennzeichen	_____		

2) Art der einzuziehenden Sozialversicherungsbeiträge (Zutreffende Felder bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Beiträge zur freiwilligen Versicherung
<input type="checkbox"/>	Beiträge zur Pflichtversicherung für Selbständige
<input type="checkbox"/>	Beiträge zur Pflichtversicherung privater Haushaltshilfen

3) Angaben zum Kontoinhaber falls dieser **nicht die versicherte Person** ist

Name	_____						Vorname(n)	_____					
Name des Ehepartners *	_____												
Strasse, Nr	_____												
Postleitzahl, Ort	_____									Landeskennzeichen	_____		

4) Angaben zum SEPA-Core-Lastschriftmandat

Der Unterzeichner												
<input type="checkbox"/>	ermächtigt (A) die Zentralstelle für soziale Sicherheit (Creditor ID: LU52ZZZ0000000000000000074), Zahlungen von seinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weist er sein Kreditinstitut an, die von der Zentralstelle für soziale Sicherheit auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (C) Ein eventuell bestehendes Mandat wird widerrufen. Die Belastung erfolgt 7 Tage nach Versand der Rechnung. Er kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit seinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.											
<input type="checkbox"/>	widerruft das SEPA-Core-Lastschriftmandat											
BIC	<input type="text"/>											
IBAN	<input type="text"/>											
Bitte ausschließlich ein in Euro geführtes Girokonto angeben												

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Code Archivage
C134 (V201403)

<i>Der Verwaltung vorbehalten</i>		