

# RÉVOCACTION DÉCLARATION MÉDECIN RÉFÉRENT PAR LA PERSONNE PROTÉGÉE

(Art. 19bis du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT: Inscrire les nom, prénom(s) et adresse en majuscules  
Inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

## Identification de la personne protégée

### Personne protégée

Nom		Numéro d'identification:	
<i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>			
Prénom(s)			
Adresse de correspondance(*)			
<i>(Rue)</i>		<i>(N°)</i>	
<i>(Pays)</i>	<i>(CP)</i>	<i>(Localité)</i>	

### Représentant légal de la personne protégée ou une personne dûment habilitée

*(pièces justificatives à joindre si divergente de la déclaration initiale) (\*)*

Nom		Numéro d'identification:	
<i>(suivi, s'il y a lieu, du nom marital)</i>			
Prénom(s)			
Adresse de correspondance(*)			
<i>(Rue)</i>		<i>(N°)</i>	
<i>(Pays)</i>	<i>(CP)</i>	<i>(Localité)</i>	

Numéro de la déclaration    D M R

Date	Personne protégée (ou représentant légal)
	Signature

La partie à l'origine de la révocation en informe l'autre partie et met en copie la CNS

- par courrier: CNS - Service médecin référent - L-2977 LUXEMBOURG
- par fax: 2757- 4600
- par e-mail: mr.cns@secu.lu



Réinitialiser

Imprimer

*(\*) optionnel*