



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

# Rückerstattungsformular für natürliche Personen

## 1) Angaben zum Antragsteller

<b>Versichertennummer</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"/>
Name	_____						Vorname(n)	_____					
Name des Ehepartners	_____												
Strasse, Nummer	_____												
Postleitzahl, Ort	_____									Landeskennzeichen	_____		

## 2) Angaben zur Bankverbindung

Rückerstattung auf das Bankkonto, welches von Ihrer Krankenkasse genutzt wird

Rückerstattung auf ein anderes Bankkonto : (in diesem Fall, bitte folgende Informationen angeben)

**Angaben betreffend ein anderes Bankkonto**

Kontoinhaber : \_\_\_\_\_

BIC

IBAN

**Bitte legen Sie dem Formular eine Kopie der Bankkarte  
oder eines Kontoauszugs bei.**

## 3) Angaben zum Rückerstattungsbetrag

Gewünschter Betrag*	<input type="text"/>	€
Rückerstatteter Betrag (der Verwaltung vorbehalten)	<input type="text"/>	€

\* nur auszufüllen, wenn Sie nur einen Teil des Guthabens zurückerstatten wollen; der zu erstattende Betrag kann nach unten angepasst werden, wenn das aktuelle Guthaben geringer ist als der von Ihnen angegebene Betrag

## 4) Angaben zur Begründung für die Rückerstattung : (das entsprechende Feld ausfüllen)

Beendigung aller Beschäftigungsverhältnisse     Zuvielüberweisung

Beendigung der selbstständigen Tätigkeit     sonstiges: \_\_\_\_\_

Beendigung der freiwilligen Versicherung

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Code Archivage  
C134 (V201403)

<i>Der Verwaltung vorbehalten</i>		

Das Formular ist ausgefüllt und unterschrieben auf dem Postweg an das CCSS zu senden.