



Demande de remboursement pour personnes physiques

1) Données concernant l'assuré volontaire, l'indépendant ou l'employeur d'une personne dans le ménage privé:

MATRICULE ASSURÉ *	<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"/>
Nom	_____											Prénom(s)	_____
Nom marital	_____												
Rue, Numéro	_____												
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____	

2) Données concernant le compte bancaire

	Titulaire du compte : _____																						
BIC	<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"/>										
IBAN	<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"/>	<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"/>	
Attention : Prière de joindre au formulaire une copie de la carte bancaire ou un relevé d'identité bancaire du compte bancaire indiqué !																							

3) Données concernant le montant à rembourser

Montant souhaité*	<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"/>	€
Montant remboursé (Réservé à l'administration)	<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"/>	€
* à remplir uniquement si vous ne souhaitez qu'un remboursement partiel de l'excédent; le montant remboursé peut être adapté vers le bas si le solde créditeur actuel de votre compte client est moins important que le montant indiqué par vos soins														

4) Motif du remboursement : (Cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/> plus de personnel	<input type="checkbox"/> cotisations payées de trop
<input type="checkbox"/> arrêt activité indépendante	<input type="checkbox"/> autre : _____
<input type="checkbox"/> arrêt assurance volontaire	

_____ , le _____

Lieu

Date

Signature



Code Archivage
C134 (V201403)

<small>Réservé à l'administration</small>		