



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

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

IBAN

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 style="width: 100%;" type="text"/>	€
Montant remboursé (Réservé à l'administration)	<input style="width: 100%;" 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)

Réservé à l'administration

--	--	--