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

Rückerstattungsformular für juristische Personen

1) Angaben zum Unternehmen

ARBEITGEBER NUMMER ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name o. Firmenbezeichnung _____

Strasse, Nr _____

Postleitzahl, Ort _____ Tel. _____

2) Angaben zum Bankbevollmächtigten

Name _____ Vorname _____

Versichertennummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3) Angaben zum Bankkonto

Kontoinhaber(in) : _____

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4) Angaben zum Rückerstattungsbetrag

Datum des Kontoauszuges[1] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Guthaben zu Ihren Gunsten[1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ €

Gewünschter Betrag[2] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ €

Rückerstatteter Betrag (der Verwaltung vorbehalten) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ €

[1] das Datum des Kontoauszuges und der Betrag zu Ihren Gunsten finden sich im unteren Bereich der ersten Seite Ihres Kontoauszuges

[2] nur auszufüllen, wenn Sie nur einen Teil des Guthabens zurückerstattet haben wollen; der zu erstattende Betrag kann nach unten angepasst werden, wenn das aktuelle Guthaben geringer ist als der von Ihnen angegebene Betrag

_____ , den _____ Drucken Löschen

Ort Datum Unterschrift

Code Archivage
C135 (V201403)

der Verwaltung vorbehalten		

Das Formular ist ausgefüllt und unterschrieben <u>auf dem Postweg</u> an das CCSS zu senden.