



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

Demande de remboursement pour personnes morales

1) Données concernant l'employeur

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| MATRICULE EMPLOYEUR | <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"/> | |
| Nom ou dénomination | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| Rue, Numéro | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| Code Postal, Localité | _____ | | | | | | | | | | | Tél. | _____ | | |

2) Données concernant le mandataire légal

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom | Prénom(s) | | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> |

3) Données concernant le compte bancaire

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Titulaire du compte : | |
| _____ | |
| BIC | <input type="text"/> |
| IBAN | <input type="text"/> |

4) Données concernant le montant à rembourser

| | | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|
| Date de l'extrait de compte ¹ | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| Excédent en votre faveur ¹ | <input type="text"/> | € | | | |
| Montant souhaité ² | <input type="text"/> | € | | | |
| Montant remboursé (Réservé à l'administration) | <input type="text"/> | € | | | |

¹ la date de l'extrait de compte et le montant excédent sont indiqués en bas de la première page de votre extrait de compte
² 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

_____, le
Lieu

_____, le
Date

Signature

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <i>Réservé à l'administration</i> | | |
| | | |



Code Archivage
C135 (V201403)