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

Rückerstattungsformular für natürliche Personen

1) Angaben zum Antragsteller

Versicherten-nummer | | | | | | | | | | | | | |

Name _____ Vorname(n) _____

Name des Ehepartners _____

Strasse, Nummer _____

Postleitzahl, Ort _____ Landeskennzeichen _____

2) Angaben zur Bankverbindung

Kontoinhaber : _____

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

<u>Achtung:</u> Bitte legen Sie dem Formular eine Kopie der Bankkarte oder eines Kontoauszugs Ihrer Bank bei!

3) Angaben zum Rückerstattungsbetrag

Gewünschter Betrag* | | | | | | | | | | | € |

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

* 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

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

☐ Beendigung aller Beschäftigungsverhältnisse
☐ Beendigung der selbstständigen Tätigkeit
☐ Beendigung der freiwilligen Versicherung
☐ Zuvielüberweisung
☐ sonstiges: _____

_____ , den _____ Drucken Löschen

Ort Datum Unterschrift

Code Archivage
C134 (V201403)

Der Verwaltung vorbehalten		

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