



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"/>
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"/>
IBAN	<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"/>	€	
Montant remboursé (Réservé à l'administration)	<input type="text"/>	€	
<small>* 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</small>			

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

_____, le _____

Date

Signature

Réservé à l'administration		



Code Archivage
C134 (V201403)