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

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

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.