



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

Rückerstattungsformular für natürliche Personen

1) Angaben zum Antragsteller

Versichertennummer	<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"/>	
Name	_____						Vorname(n)	_____					
Name des Ehepartners	_____												
Strasse, Nummer	_____												
Postleitzahl, Ort	_____									Landeskennzeichen	_____		

2) Angaben zur Bankverbindung

Kontoinhaber :	_____																		
BIC	<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"/>							
IBAN	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Achtung:</u> Bitte legen Sie dem Formular eine Kopie der Bankkarte oder eines Kontoauszugs Ihrer Bank bei!																			

3) Angaben zum Rückerstattungsbetrag

Gewünschter Betrag*	<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"/>	€
Rückerstatteter Betrag (der Verwaltung vorbehalten)	<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"/>	€
* nur auszufüllen, wenn Sie nur einen Teil des Guthabens zurückerstatten 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)

<input type="checkbox"/> Beendigung aller Beschäftigungsverhältnisse	<input type="checkbox"/> Zuvielüberweisung
<input type="checkbox"/> Beendigung der selbstständigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Beendigung der freiwilligen Versicherung	

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Code Archivage
C134 (V201403)

<i>Der Verwaltung vorbehalten</i>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Das Formular ist ausgefüllt und unterschrieben auf dem Postweg an das CCSS zu senden.