



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

Demande de remboursement des cotisations dépassant le plafond cotisable

1) Données concernant l'assuré ayant droit au remboursement

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 votre compte bancaire

	Titulaire du compte : _____
BIC	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
Prière de rajouter au formulaire une copie de la carte bancaire ou un relevé d'identité bancaire du compte bancaire indiqué.	

3) Données concernant l'exercice pour lequel le remboursement est demandé

Exercice à rembourser	<input type="text" value="20"/>
IMPORTANT: Le CCSS ne peut effectuer un remboursement du chef du cumul d'une activité salariale et d'une activité en tant qu'indépendant que si le revenu professionnel indépendant a été confirmé par l'Administration des contributions directes ou bien si le plafond cotisable du chef de l'activité salariale est atteint pour tous les risques.	

_____, le _____
Lieu

Date

Signature

Réservé à l'administration		

Ce formulaire dûment signé est à retourner au CCSS par courrier postal.