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

Rückerstattungsformular für Beiträge oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze

1) Angaben zum Antragsteller

Versicherten-nummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name _____ Vorname(n) _____

Name des Ehepartners _____

Strasse, Nummer _____

Postleitzahl, Ort _____ Landeskennzeichen _____

2) Angaben zu Ihrer 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 Jahr für welches eine Rückerstattung der Beiträge oberhalb der Bemessungsgrenze beantragt wird

Betreffendes Jahr 2 0 ☐☐

BITTE BEACHTEN SIE: Falls Sie in dem betreffendem Jahr sowohl als Arbeitnehmer als auch als Selbstständiger beitragspflichtig waren, wird Ihnen der Betrag entweder erst nach der Mitteilung des tatsächlichen Einkommens als Selbstständiger durch die Steuerverwaltung (Administration des contributions directes) zurückerstattet oder falls die Beitragsbemessungsgrenze als Arbeitnehmer schon erreicht wurde.

_____ , den _____ Imprimer Effacer

Ort Datum Unterschrift

Der Verwaltung vorbehalten		

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