



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"/>
Attention : 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.