

### Changement du compte bancaire pour prestataires

Veuillez envoyer l'original dûment rempli, daté et signé par voie postale à l'adresse  
**CNS, Département Prestations en nature maladie-maternité**, Gestion prestataires, B.P. 1023,  
L-1010 Luxembourg ou par voie numérique à l'adresse [gefo.cns@secu.lu](mailto:gefo.cns@secu.lu)

Nom(s) et prénom du demandeur: .....

Matricule sécurité sociale lux.: .....

Profession: .....

Adresse professionnelle: Numéro et rue: .....

Code postal et localité: L- .....

Téléphone: +352 .....

E-mail: .....

Code prestataire: .....

**Compte CCP ou bancaire – IBAN:** .....

**La demande de changement de compte bancaire doit être accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB) établi par l'institut financier.**

Sans ce document, la demande ne pourra être prise en compte.

Date d'effet du nouveau compte: \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_

Remarques: .....

.....

Date et Signature