Caisse Nationale de Santé | Téléphone: 2757-1 | Fax : 2757-2758 | Adresse postale : L-2980 Luxembourg | Bureaux : 125, route d'Esch, Luxembourg

CNS
d'Gesondheetskeess

Zahlungsempfänger-Erklärung

Hiermit bitte ich Unterzeichneter : _____

Sozialversicherungsnummer : | | | | | | | | | | | | | |

wohnhaft in : _____

die Gesundheitskasse (CNS) die Rückerstattungen betreffend

Name und Vorname : _____

Sozialversicherungsnummer : _____

auf mein Bankkonto zu überweisen, da die beigefügten Rechnungen von mir beglichen wurden

Meine Bankdaten :

IBAN : _____

BIC : _____

Diese Erklärung ist gültig:

☐ nur für diesen Antrag.

☐ für sämtliche Leistungen zwischen dem _____ und dem _____.

☐ bis auf weiteres für sämtliche Leistungen nach dem _____.

Ich verpflichte mich der Gesundheitskasse (CNS) jegliche Änderung der vorhandenen Regelung unverzüglich mitzuteilen.

Datum : _____ Unterschrift : _____

Bitte unbedingt eine Bescheinigung einer Bankverbindung (RIB) beifügen !