

Antrag auf Erstattung an eine andere Person als die Hauptversicherte

Dieses Formular nutzen Sie bitte, wenn Sie:

- Erstattungen auf Ihr **eigenes, bereits bei der CNS registriertes Konto** erhalten möchten
 - da Sie den **Kostenvorschuss für eine andere Person** (als Ihre Mitversicherten) geleistet haben
 - für sich selbst, als Mitversicherte(r)
- einen früheren Antrag ändern möchten

Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Nachname und Vorname(n)	<input type="text"/>

Wählen Sie eine der Möglichkeiten **A** oder **B** oder **C** aus

A Ich bestätige, dass ich während **eines festgelegten Zeitraums** für Leistungen zahle/gezahlt habe:

Zeitraum
(Datum der Leistungen) von bis

für folgende Person:

Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Nachname und Vorname(n)	<input type="text"/>

für mich selbst

B Ich bestätige, dass ich **ausschließlich** für die beigefügten Leistungen gezahlt habe

C Ich möchte einen früheren Antrag **ändern**, der zugunsten der folgenden Person erfolgte:

Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Nachname und Vorname(n)	<input type="text"/>

Bitte beachten Sie, dass diese Änderung erst ab dem Eingangsdatum bei der CNS gilt.

WICHTIG: Wenn meine Bankverbindung der CNS noch nicht bekannt ist oder ich sie ändern möchte, nutze ich das Formular oder den Behördengang „Mitteilung der Bankverbindung“ auf:
www.cns.lu > Änderung der Bankverbindung

Datum und Unterschrift	<input type="text"/>
------------------------	----------------------