



N° compte cotisant : _____

SIRET : _____

NNI : _____

CODE APE : _____

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Cadre à remplir par le travailleur indépendant

Je soussigné(e) _____ demande à la Caisse de Prévoyance Sociale de Saint-Pierre et Miquelon de procéder au remboursement de la somme de _____ euros correspondant au montant d'un trop versé, au profit de :

de moi-même

divers

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

BP : _____ code postal : _____ ville : _____

Tel : _____

Mail : _____

Qualité du signataire : _____

Je désire que le montant de mon crédit soit viré à l'établissement financier correspondant au relevé d'identité bancaire ou postal ci-joint

Fait à _____ le _____

Signature :

Important : la présente demande doit être datée et signée par le titulaire du compte.

Délais de prescription

(code de la Sécurité Sociale – Article L243-6)

La demande de remboursement des cotisations indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Procédure de remboursement : Toute demande de remboursement doit obligatoirement être présentée par écrit par le titulaire du compte et indiquer le mode de reversement à utiliser.

