CAISSE de PRÉVOYANCE SOCIALE
SAINT-PIERRE ET MIQUELON

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

N° Compte cotisant : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

N°SIRET Entreprise : |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|

NNI : ..... Code APE : .....

Demande de Remboursement - Cadre à remplir par le cotisant

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 : .....

Tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Mail : .....

Qualité du signataire : .....

Je désire que le montant de mon crédit soit viré à l'étblissement 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 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.

CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE • Service Recouvrement et Relation aux entreprises
Angle des Bds Colmay et Thélot • BP 4220 • 97500 Saint-Pierre et Miquelon
✆: 0508 41 15 72 • ✉ cotisations@secuspm.com • www.secuspm.com

Caisse de Prévoyance Sociale - 07/2024