



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la sécurité civile et militaire SSCM
Amt für zivile Sicherheit und Militär AZSM

Bureau de la taxe d'exemption
Wehrpflichtersatzbüro

Route d'Englisberg 7, 1763 Granges-Paccot

T +41 26 305 30 00
www.fr.ch/sscm
Courriel: taxe@fr.ch

Formulaire de demande de remboursement

Remboursement des taxes d'exemption payées suite à l'accomplissement de la totalité de l'obligation de servir

Si possible, veuillez svp remplir tous les champs (les champs marqués d'une * doivent être remplis [* = **champs obligatoires**]).

Pour l'examen de votre demande de remboursement nous avons impérativement besoin de votre livret de service (LS) ainsi que de vos coordonnées **IBAN** pour le versement bancaire ou postal (CH) de votre avoir.

Vous trouverez les dispositions légales concernant le droit au remboursement à l'art. 39 LTEO et 54 OTEO (loi fédérale et ordonnance sur la taxe d'exemption).

Données personnelles

| | |
|-------------------------|--|
| N° d'assuré * (noAVS13) | |
| Nom et prénom * | |
| Rue et n° * | |
| NPA / Domicile * | |
| N° tél. * | |
| Adresse courriel * | |

Banque ou poste

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----|--|--|--|--|--|
| IBAN * | CH | | | | | |
| Nom de la banque ou Postfinance * | | | | | | |
| Titulaire du compte * | | | | | | |

Le numéro de compte d'une tierce personne n'est pas admis

Examen de la demande de remboursement

| | |
|-------------------------------|--|
| Pour l'/les année(s) | |
| Payée(s) dans le(s) canton(s) | |

(à remplir seulement si connu)

Remarques

| |
|--|
| |
|--|

Lieu, date

Signature

A retourner avec le livret de service à l'adresse ci-dessus

Deutscher Text, siehe Rückseite



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la sécurité civile et militaire SSCM
Amt für zivile Sicherheit und Militär AZSM

Bureau de la taxe d'exemption
Wehrpflichtersatzbüro

Route d'Englisberg 7, 1763 Granges-Paccot

T +41 26 305 30 00
www.fr.ch/sscm
e-mail: taxe@fr.ch

Antragsformular für Rückerstattung

Rückerstattung bezahlter Ersatzabgaben nach Erfüllung der Gesamtdienstleistungspflicht

Bitte füllen Sie, wenn möglich, alle Felder aus (die mit * bezeichneten Felder müssen ausgefüllt werden [* = **Mussfelder**]).

Für die Prüfung Ihres Rückerstattungsanspruches benötigen wir zwingend Ihr **Dienstbüchlein (DB)** sowie die **IBAN** für die Überweisung Ihres Guthabens auf Ihr Bank- oder Postkonto (CH).

Die Voraussetzungen für die Rückerstattung finden Sie in Art. 39 WPEG und Art. 54 WPEV (Bundesgesetz und Verordnung über die Wehrpflichtersatzabgabe).

Personalien

| | |
|-----------------------------|--|
| Versicherten-Nr. (AHVN13) * | |
| Name und Vorname * | |
| Strasse und Nr. * | |
| PLZ / Wohnort * | |
| Telefon-Nr. * | |
| E-Mail-Adresse * | |

Bank oder Post

| | | | | | | | |
|-----------------------------|----|--|--|--|--|--|--|
| IBAN * | CH | | | | | | |
| Bankname oder Postfinance * | | | | | | | |
| Kontoinhaber * | | | | | | | |

Die Kontonummer einer Drittperson ist unzulässig

Prüfung des Rückerstattungsantrags

| | |
|-------------------------------------|--|
| Für das/die Ersatzjahr / jahre | |
| Bezahlt im Kanton / in den Kantonen | |

(auszufüllen nur wenn bekannt)

Bemerkungen

| |
|--|
| |
|--|

Ort, Datum

Unterschrift

Das Formular ist, zusammen mit dem Dienstbüchlein, an obenstehende Adresse zurücksenden

Texte français, voir au verso