



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la protection de la population et des affaires militaires SPPAM
Amt für Bevölkerungsschutz und Militär ABSM

Bureau de la taxe d'exemption
Wehrpflichtersatzbüro
Route des Arsenaux 16, 1700 Fribourg
T +41 26 305 30 03
taxe@fr.ch www.fr.ch/sppam

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 *	

Examen de la demande de remboursement

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

(à remplir seulement si connu)

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)						

Remarques

--

Lieu, date

Signature

Le formulaire est à envoyer – dans les 15 jours - à l'adresse ci-dessous **avec le livret de service** :

**Bureau de la taxe d'exemption
du canton de Fribourg
Route des Arsenaux 16
1700 Fribourg**

Deutscher Text, siehe Rückseite



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la protection de la population et des affaires militaires SPPAM
Amt für Bevölkerungsschutz und Militär ABSM

Bureau de la taxe d'exemption
Wehrpflichtersatzbüro
Route des Arsenaux 16, 1700 Fribourg
T +41 26 305 30 03
taxe@fr.ch www.fr.ch/sppam

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 *	

Überprüfung des Rückerstattungsanspruches

Für das/die Ersatzjahr(e)	
Bezahlt im/in (den) Kanton(en)	

(nur auszufüllen, sofern bekannt)

Bank oder Post

IBAN *	CH					
Bankname oder Postfinance *						
Kontoinhaber * (Die Kontonummer einer Drittperson ist unzulässig)						

Bemerkungen

--

Ort, Datum

Unterschrift

Das Formular ist, **zusammen mit dem Dienstbüchlein**, innert 15 Tagen wie folgt einzureichen :

Wehrpflichtersatzverwaltung
des Kantons Freiburg
Route des Arsenaux 16
1700 Freiburg

Texte français, voir au verso