



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS AVS

### INFORMATIONS IMPORTANTES

**Vous n'avez pas droit** au remboursement de vos cotisations si vous avez la nationalité:

- d'un pays de l'Union européenne
- d'un pays avec lequel la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale ne prévoyant pas explicitement le remboursement des cotisations.

Veuillez consulter notre site internet pour de plus amples informations : [www.zas.admin.ch](http://www.zas.admin.ch)

#### Conditions du droit au remboursement :

- Des cotisations doivent avoir été versées pendant au moins une année.
- Vous et votre famille (conjoint et enfants de moins de 25 ans) devez avoir quitté la Suisse définitivement ou avoir la ferme intention de le faire.
- Si des enfants majeurs, mais ayant moins de 25 ans, restent en Suisse, cela ne fait pas obstacle au remboursement, à condition toutefois que ces enfants aient achevé leur formation professionnelle.
- La demande de remboursement peut être déposée dès l'intention de quitter le territoire exprimée et après le départ définitif, jusqu'à ce que la personne assurée ait atteint l'âge de la retraite ou en cas de décès de la personne assurée.

#### Documents à joindre à la demande :

- Copie du certificat d'assuré à l'AVS (si en votre possession)
- Copie de l'attestation de départ de Suisse (si en votre possession)
- Certificat de nationalité actuelle ou copie du passeport valable pour vous et votre famille : conjoint et enfants de moins de 25 ans.
- Pour les réfugiés, un certificat concernant leur statut est **indispensable**
- Attestation de résidence légalisée actuelle pour vous et votre famille ainsi que pour le domicile présumé à l'étranger pour chaque membre de la famille

#### Indications pour compléter le formulaire :

- **Veuillez compléter le formulaire en caractère d'imprimerie.**
- Mentionner le nom de famille actuel ou le nom acquis par mariage.
- Tous les noms doivent être mentionnés.
- Mentionner tous les prénoms dans l'ordre, d'après l'acte de naissance ou d'après un document officiel.
- Indiquer les noms antérieurs « ALIAS » ou « dit ».
- Indiquer toutes les nationalités dont la personne assurée est titulaire actuellement.
- Mentionner les noms des entreprises ou le nom et prénom de l'employeur.  
Les personnes indépendantes indiqueront « indépendant ».
- Indiquer la date du départ de la Suisse et **joindre copie de l'attestation de départ, si possible.**
- Mentionner également les conjoints décédés, séparés et/ou divorcés.
- Pour tous les conjoints divorcés, **joindre la copie du jugement de divorce comprenant la date d'entrée en vigueur.**
- Mentionner un compte bancaire **personnel**.
- Pour le représentant légal, **compléter le point 8 du formulaire et joindre une copie de sa pièce d'identité.**
- Indiquer le statut (résident, réfugié, apatride, ...) que vous possédez dans le pays de résidence actuelle et dans celui où vous avez l'intention de vous rendre à l'exception de la Suisse.

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS AVS

Numéro d'assuré suisse :	Reçue le : (ne pas remplir)
--------------------------	--------------------------------

## 1. Données personnelles de l'assuré/e ou de la personne décédée

1. Nom				
2. Autres noms	Noms de naissance, noms acquis par mariage ou noms antérieurs			
3. Prénom/s				
4. Date de naissance	jour, mois, année			
5. Date de décès	jour, mois, année			
6. Sexe	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>		
7. Nationalité				
8. Possédez-vous plus d'une nationalité?	Non <input type="checkbox"/>	Oui, autre/s nationalité/s <input type="checkbox"/>		
9. Etat civil actuel	Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié/e dès le jour, mois, année	Divorcé/e dès le jour, mois, année	Veuf/veuve dès le jour, mois, année
10. Avez-vous été marié/e plusieurs fois ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui, identité des ex-conjoints à indiquer ci-dessous :		
	Nom/s 1 <sup>er</sup> conjoint	Prénom/s	Date de naissance jour, mois, année	
	2 <sup>ème</sup> conjoint			
	3 <sup>ème</sup> conjoint			
11. Adresse du dernier domicile en Suisse				
	N.P.A.	Localité	Pays	
12. Adresse du domicile à l'étranger				
	N.P.A.	Localité	Pays	
	E-mail	No de téléphone		

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <p>13. Avez-vous le statut de réfugié dans votre pays de résidence actuel à l'étranger ?</p>                         | <p>Non <input type="checkbox"/></p> | <p>Oui <input type="checkbox"/></p> |
| <p>14. Date de votre entrée en Suisse _____<br/>jour, mois, année _____</p>  |                                     |                                     |
| <p>15. Date de votre départ <b>définitif</b> de Suisse _____<br/>jour, mois, année _____</p>                         |                                     |                                     |
| <p>16. Une personne mentionnée dans la présente demande a-t-elle déjà reçu des prestations de l'AVS / AI ?</p>       |                                     |                                     |
| <p>Non <input type="checkbox"/> Oui, à préciser dans une lettre à joindre au formulaire <input type="checkbox"/></p> |                                     |                                     |

## **2. Informations générales concernant le domicile et l'activité professionnelle en Suisse de l'assuré/e**

1. Où et durant combien de temps avez-vous séjourné ou avez-vous été domicilié/e en Suisse ?  
Indiquer le genre de permis : frontalier, domicile à l'année, permis G/L/B/C, réfugié ou autre, à préciser

2. Où et durant combien de temps avez-vous exercé une activité professionnelle en Suisse ?  
Indiquer toutes les activités professionnelles exercées en Suisse :

### **3. Informations concernant tous les enfants de l'assuré/e**

Nom	Prénom/s	Date de naissance jour, mois, année	Sexe F/M	A séjourné en Suisse NON OUI	Date de départ de Suisse jour, mois, année
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Données personnelles du conjoint ou de la veuve / du veuf**

1. Nom \_\_\_\_\_

2. Autres noms \_\_\_\_\_  
Noms de naissance, noms acquis par mariage ou noms antérieurs

3. Prénom/s \_\_\_\_\_

4. Date de naissance \_\_\_\_\_  
jour, mois, année

5. Nationalité : \_\_\_\_\_

6. Votre conjoint possède-t-il plus d'une nationalité ?      Non       Oui, autre/s nationalité/s \_\_\_\_\_ 

7. Adresse du domicile actuel \_\_\_\_\_

8. Votre conjoint a-t-il séjourné ou a-t-il été domicilié en Suisse ?      Non       Oui \* 

\*Si oui, veuillez compléter ci-dessous en indiquant le genre de permis : frontalier, domicile à l'année, permis G/L/B/C, réfugié ou autre, à préciser

Localité	du (mois, année)	au (mois, année)	Genre de permis

9. Votre conjoint a-t-il exercé une activité professionnelle en Suisse ?      Non       Oui \* 

\*Si oui, veuillez indiquer toutes ses activités professionnelles exercées en Suisse :

Employeur et profession exercée	Localité	du (mois, année)	au (mois, année)

10. Date de l'entrée en Suisse du conjoint  
jour, mois, année11. Date de son départ **définitif** de Suisse  
jour, mois, année

**5. Données personnelles de l'ex-conjoint.**  
A remplir si l'assuré/e a contracté plus d'un mariage

- |  |   |                         |                         |
|--|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Nom   | <hr/>   |                         |                         |
| 2. Autres noms   | <hr/>   |                         |                         |
|  | Noms de naissance, noms acquis par mariage ou noms antérieurs |                         |                         |
| 3. Prénom/s  | <hr/>   |                         |                         |
| 4. Date de naissance   | <hr/> jour, mois, année                                       |                         |                         |
| 5. Date du mariage   | <hr/> jour, mois, année                                       | Date du divorce         | <hr/> Date du décès     |
|  |   | <hr/> jour, mois, année | <hr/> jour, mois, année |
| 6. Adresse du domicile actuel  | <hr/> <hr/>   |                         |                         |
| 7. Votre ex-conjoint a-t-il séjourné ou a-t-il été domicilié en Suisse ? | Non   | Oui *                   |                         |

\*Si oui, veuillez compléter ci-dessous en indiquant le genre de permis : frontalier, domicile à l'année, permis G/L/B/C, réfugié ou autre, à préciser

Localité	du (mois, année)	au (mois, année)	Genre de permis

8. Votre ex-conjoint a-t-il exercé une activité professionnelle en Suisse ? Non  Oui \*

\*Si oui, veuillez indiquer toutes ses activités professionnelles exercées en Suisse :

Employeur et profession exercée	Localité	du (mois, année)	au (mois, année)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9. Si vous avez d'autres ex-conjoints, prière de mentionner les données les concernant, requises sous les points 5.1 à 5.8, sur une feuille à annexer au présent formulaire ou photocopier la présente page autant de fois que nécessaire.

## **6. Adresse de paiement**

Nom de la banque / poste \_\_\_\_\_

Adresse de la banque / poste (rue et numéro) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.P.A. \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

**Code bancaire (SWIFT/BIC)\*** \_\_\_\_\_

\* Australie : BSB Number / Canada : Transit Number / USA: ABA Detail

**Numéro du compte personnel ou IBAN (International Bank Account Number) obligatoire en Union Européenne :**  
\_\_\_\_\_

## **7. Déclaration de l'assuré/e**

Le/la soussigné/e a pris connaissance de ce qui suit :

- les cotisations remboursées ne peuvent plus lui ouvrir aucun droit à l'égard de l'AVS ou de l'AI suisse
- après remboursement, il/elle ne peut plus verser à nouveau à l'AVS les cotisations remboursées
- le remboursement des cotisations de l'assuré/e exclut le droit à des prestations de survivants en faveur du conjoint et/ou des enfants.
- le montant de remboursement est soumis à l'impôt à la source.

La personne assurée confirme, qu'elle-même **ainsi que toute sa famille** (conjoint et enfant/s de moins de 25 ans) ont quitté définitivement la Suisse ou qu'ils envisagent d'établir leur domicile à l'étranger.

Le/la soussigné/e déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conformément à la vérité. L'omission d'informer et toute fausse allégation sont sanctionnables. La Caisse suisse de compensation se réserve le droit d'agir, le cas échéant, par toutes voies utiles. Les prestations versées à tort sur la base d'informations ou de déclarations inexactes devront être restituées.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e ou du requérant (obligatoire)

Observations :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Formulaire à envoyer par courrier postal à l'adresse suivante :**

**Caisse suisse de compensation CSC  
Avenue Edmond-Vaucher 18  
Case Postale 3100  
1211 Genève 2  
Suisse**

## **8. Procuration ( facultatif)**

---

Le/la soussigné (e)

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal et localité : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

donne procuration à (mandataire)

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal et localité : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

pour la/le représenter, prendre connaissance du dossier, recevoir toute correspondance et agir en son nom auprès de la Centrale de compensation en tout ce qui concerne l'AVS (prestations vieillesse et survivants).

Valable jusqu'à \_\_\_\_\_ (fin de la procédure ou date précise)

**! Sans indication contraire, cette procuration reste valable jusqu'à sa révocation !**

Date	Signature du/de la requérant(e)	Signature du mandataire
------	------------------------------------	-------------------------

---

---

---

Prière de joindre à la procuration une copie de la pièce d'identité de la personne assurée et du mandataire.