**Anweisungen Formular R012**

Das Formular muss gemäss Art. 76 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ausgefüllt werden.

Alle Angaben im Formular R012 müssen mit den beigefügten Belegen und Unterlagen übereinstimmen.

Folgende Angaben sind erforderlich:

- Pflichtfelder (in gelb im Formular):

- Empfohlene Felder (in blau im Formular):

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl der Anhänge:** | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| **Datum der Sendung:** | ---[DD/MM/YYYY]--- |

|  |
| --- |
| **Ausstellende Institution:** |
| Ländercode\* | CH |
| Code der Institution\* | [25].................................................. |
| Bezeichnung der Institution\*. | Zentrale Ausgleichsstelle |
| Straße | Av. Edmond-Vaucher 18 |
| Stadt | Genf |
| Postleitzahl | 1203 |
| Region |  |
| Land | CH |
| Telefon | 0041 22 795 91 11 |
| Fax | 0041 22 795 97 04 |
| E-Mail | sedmaster@zas.admin.ch |
| **Empfängerinstitution:** |
| 1.1.1. Land | ---Vervollständigen Sie hier--- |

|  |
| --- |
| **1. Aktenzeichen** |
| 1.1.1. Absenderland | CH |
| 1.1.2 Aktenzeichen beim absendenden Träger 1 | 756.XXXX.XXXX.XX |
| 1.1.3.2. Name der versendenden Institution | .............................. |
| 1.1.1. Empfängerland2 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 1.1.2Aktenzeichen beim empfangenden Träger2  (falls bekannt) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 1.1.3.2. Name der empfangenden Institution | .............................. |

* Die Art der Forderung: Geben Sie an, ob es sich um Beiträge (Abgaben) oder unrechtmäßige Leistungen handelt und geben Sie den/die betroffenen Zweig/e der Sozialversicherung an (Zweigcode).

|  |
| --- |
| **2. Die Art der Forderung**  |
| 2.1 Art des Antrags  |   |
| 2.2 Branchencode 4⭮ | [ ]  [01] Krankheit [ ]  [02] Rente[ ]  [03] Arbeitslosigkeit[ ]  [04] Berufskrankheit und Arbeitsunfall[ ]  [05] Familienleistungen [ ]  [99] Sonstige(s) : ---Vervollständigen Sie hier--- |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1. Der Antrag betrifft** |  |

* Erklärungen: Sie müssen korrekt angekreuzt werden und den tatsächlichen Gegebenheiten des Falls entsprechen. Anträge, die älter als 5 Jahre sind (Datum des Vollstreckungstitels), werden nicht angenommen.

|  |
| --- |
| **4. Erklärung** 5 |
| 4.1 Erklärung |    |
| 4.3 Der Gesamtbetrag (einschließlich Zinsen, Bußgeldern, Strafen und/oder damit verbundenen Kosten) beläuft sich auf: |    |
| 4.4.1. Betrag  | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 4.4.2. Währung 8 | Wählen Sie ein Element. |

* Die Identität der betroffenen Person (einschließlich Familienname, Vorname und Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit und alle verfügbaren Informationen)

|  |
| --- |
| **Bitte füllen Sie das Folgende aus, wenn die unter "Der Antrag betrifft" = "Betroffene Person" getroffene Auswahl :**  |
| **5.1.1. Betroffene Person** ⭮ |
| **5.1.1.1 Identifikation der Person** |
| 5.1.1.1.1. Nachname(n) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.1.2. Vorname(n)  | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.1.3. Geburtsdatum\* | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| 5.1.1.1.4. Geschlecht  |   |
| **5.1.1.1.7.1 persönliche Identifikationsnummer(n)**  |
| 5.1.1.1.7.1.1. Ausstellendes Land | CH |
| 5.1.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) bei der ausstellenden Institution. | 756.XXXX.XXXX.XX |
| 5.1.1.1.7.1.4.2. Name der ausstellenden Institution | ………………………… |
| 5.1.1.1.7.1.1. Empfängerland | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) in der empfangenden Einrichtung.(falls bekannt) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.1.7.1.4.2. Name der empfangenden Institution | .............................. |
|  |  |
| **5.1.1.1.8. Wenn der Pin nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus:** |
| 5.1.1.1.8.1. Ort der Geburt11 |
| 5.1.1.1.8.1.1. Stadt (falls nicht bekannt, "Unbekannt" eintragen) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.1.8.1.3. Land der Geburt | ---Vervollständigen Sie hier--- |
|  |
| **5.1.1.2 Zusätzliche Informationen zur Person** |
| 5.1.1.2.1. Status der betroffenen Person | Wählen Sie ein Element.Wenn andere : ---Hier vervollständigen--- |
| **5.1.1.3. Zuletzt bekannte Adressen der betroffenen Person** |
| 5.1.1.3.1.1. Art der Adresse |     ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.3.1.3.1. Straße | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.3.1.3.3. Stadt | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.3.1.3.4. Postleitzahl | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.3.1.3.5. Region16 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 5.1.1.3.1.3.6. Land | ---Vervollständigen Sie hier--- |

* **Wenn es sich um einen Arbeitgeber handelt, Informationen über den Arbeitgeber:**

|  |
| --- |
| **Bitte füllen Sie das Folgende aus, wenn die unter "Der Antrag betrifft" = "Arbeitgeber" getroffene Auswahl :**  |
| **6.1. Arbeitgeber** |
| 6.1.1 Name des Arbeitgebers 17 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| **6.1.2. Identifikationsnummern** |
| 6.1.2.1.1. Identifikationsnummer des Arbeitgebers beim ausstellenden Träger18 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.2.1.2. Typ |     |
| **6.1.3. Adresse** |
| 6.1.3.2. Name des Gebäudes | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.1. Straße | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.3. Stadt | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.4. Postleitzahl | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.5. Region 16 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.6. Land | ---Vervollständigen Sie hier--- |
|  |  |
| **6.2. Verantwortliche Person oder Abteilung** |
| 6.2.2.1.1.2. Telefonnummer | +41 00 000 0000 |
| 6.2.2.2.1.1. E-Mail-Adresse | ---Vervollständigen Sie hier--- |
|  |  |
| **6.3.1. Betroffene Person** |
| **6.3.1.1 Identifikation der Person** |
| 6.3.1.1.1. Nachname(n) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.2 Vorname(n)  | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.3. Geburtsdatum | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| 6.3.1.1.4. Geschlecht  |   |
| **6.3.1.1.7.1. Persönliche Identifikationsnummer(n)**  |
| 6.3.1.1.7.1.1. Ausstellendes Land | CH |
| 6.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) bei der ausstellenden Institution. | 756.XXXX.XXXX.XX |
| 6.3.1.1.7.1.4.2. Name der ausstellenden Institution | ………………………… |
| 6.3.1.1.7.1 Empfängerland | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) in der empfangenden Einrichtung.(falls bekannt) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.7.1.4.2. Name der empfangenden Institution | .............................. |
| **6.3.1.1.8. Wenn die PIN nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus.6.3.1.1.8.1. Geburtsort** |
| 6.3.1.1.8.1.1. Stadt (Wenn nicht bekannt, geben Sie ' Unbekannt' ein) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.8.1.3. Land | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| **6.3.1.2 Zusätzliche Informationen über die Person** |
| 6.3.1.2.1. Status der betroffenen Person | Wählen Sie ein Element. |

|  |
| --- |
| **7. Angeforderte Informationen** 21 |
| 7.1 Bitte machen Sie Angaben zu: ⭮ | [ ]  [01] Identität der betroffenen Person[ ]  [02] Adresse[ ]  [03] Einkommen[ ]  [04] Leistungen, die erbracht werden[ ]  [05] Vermögenswerte, die für die Einziehung verwendet werden können[ ]  [06] Erben des verstorbenen Schuldners oder Begünstigten[ ]  [99] Sonstige(s) : --- Hier vervollständigen--- |

|  |
| --- |
| **Unterschrift der ausstellenden Institution:** |
| Datum | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| Unterschrift | Stempel |
|  |  |
|  |  |
|  |  |