



31.05.2022

---

## **Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 452**

---

### **Grenzüberschreitender Einzug von Beitragsforderungen / Amtsvollstreckungshilfe im europäischen Umfeld**

#### **1. Ausgangslage**

Die im Verhältnis zu den Staaten der Europäischen Union (EU), der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) und zum Vereinigten Königreich geltenden Abkommen sehen die Amtsvollstreckungshilfe vor. Können Beitragsforderungen gegenüber einem im Ausland domizilierten Schuldner in der Schweiz nicht eingefordert werden, hat der zuständige Sozialversicherungsträger die Möglichkeit, die Forderung im Ausland durch die zuständigen ausländischen Stellen vollstrecken zu lassen. Mit der Einführung des standardisierten elektronischen Datenaustausches (EESSI: Electronic Exchange of Social Security Information) können solche Amtsvollstreckungshilfe-Ersuchen allerdings nur in vorgegebener elektronischer Form übermittelt werden.

In der Schweiz ist die Schweizerische Ausgleichskasse für die Vollstreckung von Forderungen im Zusammenhang mit zu Unrecht bezahlten Leistungen zuständig, wenn der Schuldner Wohnsitz im Ausland hat (Art. 17c Bst. c Ziff. 1 ATSV). Für die Vollstreckung von Beitragsforderungen hingegen bleiben auch bei grenzüberschreitenden Sachverhalten grundsätzlich die AHV-Ausgleichskassen verantwortlich.

Die Zentrale Ausgleichsstelle ZAS ist als einzige, zentrale Stelle für die Vollstreckung ausländischer Forderungen in der Schweiz zuständig (Art. 17c Bst. h ATSV). Ersucht der ausländische Träger aber um die Verrechnung zu Unrecht bezahlter Leistungen mit durch einen Schweizer Träger ausbezahlten Leistungen, ist diejenige AHV-Ausgleichskasse für die Bearbeitung des Gesuchs zuständig, welche die zu verrechnende Leistung ausrichtet.

#### **2. Auslagerung der Aufgabe an die Zentrale Ausgleichsstelle**

Die AHV-Ausgleichskassen sind nicht direkt an EESSI angeschlossen, sondern nutzen die Applikation ALPS, welche nicht für Ersuchen betreffend die Amtsvollstreckungshilfe ausgelegt ist. Ein Anschluss via die Software RINA nur für die Abwicklung der Amtsvollstreckungshilfe – also das Übersenden der Ersuchen an die zuständige Stelle im Ausland - ist möglich, aber mit entsprechenden Kosten und technischem Aufwand verbunden. Die Ausgleichskassen können deshalb die ZAS mit dem grenzüberschreitenden Einzug von Beitragsforderungen beauftragen, sofern der Schuldner Sitz/Wohnsitz in der

## **Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 452**

EU/EFTA oder im Vereinigten Königreich hat und auch in persönlicher Hinsicht unter die mit diesen Staaten geschlossenen Sozialversicherungsabkommen fällt. Die ZAS kann die Ersuchen der AHV-Ausgleichskassen ins Ausland übermitteln; sie wickelt die wichtigsten Geschäftsprozesse im Zusammenhang mit der Amtsvollstreckungshilfe seit dem 2. Mai 2022 elektronisch ab (die Verrechnung provisorisch bezahlter Beiträge wird ab dem 5. September 2022 ebenfalls möglich sein).

Die ZAS macht entsprechende Vorgaben zur organisatorischen Umsetzung; im Anhang finden sich die «Recovery-Richtlinien für Ausgleichskassen» der ZAS, welche für die AHV-Ausgleichskassen verbindlich sind.

### **Auskunftsstelle**

Für Fragen und Detailabsprachen stehen Ihnen bei der ZAS folgende Bereiche zur Verfügung:  
Internationale Verwaltungshilfe (IVH) für Fragen in Bezug auf Auskunfts- und Zustellungersuchen:

[recovery\\_eai@zas.admin.ch](mailto:recovery_eai@zas.admin.ch)

Finanzen und Zentralregister (FZR) für Fragen in Bezug auf Beitreibungersuchen:

[recovery\\_cc@zas.admin.ch](mailto:recovery_cc@zas.admin.ch)

### **3. Bewilligung**

Die Auslagerung von Kassenaufgaben an Dritte ist bewilligungspflichtig (Art. 63 Abs. 5 AHVG). Da in diesem Fall auf ausdrücklichen Wunsch der AHV-Ausgleichskassen eine zentrale Lösung durch den Bund angeboten wird, braucht es keine individuellen Gesuche der Gründerverbände bzw. Kantone mehr. Es werden keine Einzelverfügungen erstellt. Die Auslagerung des grenzüberschreitenden Einzuges von Beitragsforderungen mittels EESSI an die ZAS ist generell bewilligt. Nicht umfasst werden Beitragsforderungen zur Finanzierung von übertragenen Aufgaben, die von den AHV-Beitragsforderungen getrennt in Rechnung gestellt worden sind.

### **4. Entschädigung / Kosten**

Die Betreuungskosten im Ausland werden gemäss den Rechts- und Verwaltungsvorschriften im Wohn-/Sitzstaat des Schuldners berechnet und sind generell vom Schuldner zu bezahlen. Können die Betreuungskosten nicht vollständig beim Schuldner eingezogen werden, werden aus der Teilzahlung zuerst die Betreuungsspesen gedeckt. Ist dies nicht möglich und stellt der ausländische Träger der ZAS die Betreuungskosten in Rechnung, übernimmt diese der AHV-Fonds.



# Recovery-Richtlinien für Ausgleichskassen

---

**Datum:** 17.05.2022

**Für:** Kantonale Ausgleichskassen / Verbandsausgleichskassen

---

## 1. Hintergrund

Das Projekt EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information), das den elektronischen Austausch von Sozialversicherungsinformationen zwischen der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) und den Verbindungsstellen (VS) der EU/EFTA ermöglichen wird, ist auf dem Weg zur Umsetzung.

Bis bei der SAK eine anderweitige Lösung zur Verfügung steht, wird eine vorübergehende elektronische Lösung unter Verwendung der Software RINA verwendet, um Informationen zwischen der Abteilung Internationale Verwaltungshilfe (IVH) bzw. der Rechtsabteilung der Abteilung Finanzen und Zentralregister (FZR) und den ausländischen VS im Auftrag der Ausgleichskassen (AK) für drei spezifische Arten von Ersuchen im Rahmen der Beitreibung (Recovery) auszutauschen.

## 2. BUC\_R\_05 : Auskunftersuchen

**BUC\_R\_05** wird verwendet, um Informationen über einen Schuldner (Person oder Arbeitgeber) oder über die Vermögenswerte des Schuldners in dem ersuchten Staat anzufordern, um bei der Beitreibung einer Schuld zu helfen. Dies gilt nur für Forderungen, die bereits festgestellt wurden. Die Forderung darf nicht älter als fünf Jahre sein (gemäss Artikel 82(1)(b) der Verordnung (EG) Nr. 987/2009<sup>1</sup>) und der Betrag muss über der Mindestgrenze von 350 EUR liegen (sofern keine anderslautende bilaterale Vereinbarung besteht).

Eine Ausgleichskasse (AK), die eine Anfrage des Typs BUC\_R\_05 beim zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte **WORD-Formular R012** mit allfälligen diesbezüglichen Beilagen an die IVH, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an [recovery\\_eai@zas.admin.ch](mailto:recovery_eai@zas.admin.ch) sendet. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des **Formulars WORD R012** finden sich in den Anweisungen R012, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die AKs sind dafür zuständig, die für die Auskunftsanfrage erforderlichen Dokumente zusammenzustellen und die Übereinstimmung der Angaben in den verschiedenen Dokumenten zu überprüfen. Wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt oder der Anhang nicht vollständig ist, werden sie von der IVH nicht bearbeitet, sondern an die AK zurückgesandt.

Die IVH ist dafür verantwortlich, die Anfrage mittels dem europäischen Formular **R012 (Auskunftersuchen)** durch RINA an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Die VS antwortet ihr mit dem europäischen Formular **R014 (Antwort auf eine Informationsanfrage)**, das die IVH per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

## 3. BUC\_R\_06 : Zustellersuchen

Mit **BUC\_R\_06** kann ein Träger eines Staates einen Träger in einem anderen Staat ersuchen, dem Schuldner eine Verfügung oder Entscheidung im Zusammenhang mit der Forderung und/oder deren

---

<sup>1</sup> SR 0.831.109.268.11

Beitreibung zuzustellen. Er sollte verwendet werden, wenn die direkte Zustellung an den Schuldner nicht möglich ist.

Im Antragsformular R015 muss die Art der Zustellung (an den Empfänger persönlich oder auf andere Weise) und die Art des Dokuments, das zugestellt werden soll (Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung), angegeben werden. Die Mitgliedstaaten sind nicht verpflichtet, Unterstützung zu gewähren, wenn die Forderung älter als fünf Jahre ist oder sich der Betrag auf weniger als 350 EUR beläuft (ausser bei Vorliegen einer anderslautenden Verwaltungsvereinbarung). Im Antwortformular wird dann angegeben, ob, wann und wie die Zustellung erfolgte oder nicht.

Eine Ausgleichskasse (AK), die eine Anfrage des Typs BUC\_R\_06 bei der zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte [WORD-Formular R015](#) mit den dazugehörigen Anhängen, insbesondere einer gescannten Kopie der Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung, an die IVH, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an [recovery\\_eai@zas.admin.ch](mailto:recovery_eai@zas.admin.ch) sendet. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des [Formulars WORD R015](#) finden Sie den Anweisungen R015, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die AKs sind dafür zuständig, die erforderlichen Dokumente zusammenzustellen und die Übereinstimmung der Angaben in den verschiedenen Dokumenten zu überprüfen. Wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt oder der Anhang nicht vollständig ist, werden sie nicht von der IVH bearbeitet, sondern an die AK zurückgesandt.

Die IVH ist dafür verantwortlich, die Anfrage mittels dem europäischen Formular [R015 \(Zustellersuchen\)](#) durch RINA an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Die ausländische VS antwortet ihr mit dem europäischen Formular [R016 \(Antwort mit Informationen über die ergriffenen Maßnahmen\)](#), welches die IVH per IncaMail (sichere E-Mail) Standard an die AK weiterleitet. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

#### **4. BUC\_R\_07 : Beitreibungersuchen**

Mit [BUC\\_R\\_07](#) kann ein Träger eines Staates einen Träger in einem anderen Staat ersuchen, eine Sozialversicherungsforderung bei einem Schuldner mit dortigem Wohnsitz einzuziehen. Die Bedingungen der Art. 71ff der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 müssen erfüllt sein. Die genauen Bedingungen sind in den Anweisungen Leitfadens R017 aufgeführt, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Eine Ausgleichskasse (AK), die eine Anfrage des Typs BUC\_R\_07 bei der zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte [WORD-Formular R017](#) mit den dazugehörigen Beilagen (insbesondere dem Vollstreckungstitel) an die FZR, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an [recovery\\_cc@zas.admin.ch](mailto:recovery_cc@zas.admin.ch) sendet.

Der Vollstreckungstitel ist in Kopie mitzuschicken. Er muss

- beglaubigt sein; in der Regel dürfte hier der Vermerk «beglaubigte Kopie» mit Unterschrift ausreichen;
- eine Bestätigung der Vollstreckbarkeit enthalten; hierfür dürfte der Vermerk « [Name Institution], Verfügung in Rechtskraft erwachsen am [Datum] » ausreichen.

Es ist möglich, dass der ausländische Träger den Vollstreckungstitel in einem innerstaatlichen Verfahren anerkennen lassen muss. In der Regel ist hierfür der Zustellnachweis erforderlich. Es ist ratsam, diesen mitzuschicken.

Die AKs sind dafür zuständig, das Recht auf Einziehung der Forderung zu überprüfen, die erforderlichen Dokumente zusammenzustellen und das Formular R017 auszufüllen. Auch die Überprüfung der Richtigkeit der Angaben in den verschiedenen Dokumenten fällt in ihre Zuständigkeit. Wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt oder der Anhang nicht vollständig ist, werden sie nicht von der FZR bearbeitet, sondern an die AK zurückgesandt.

Die FZR ist dafür zuständig, die von den AK erhaltenen Unterlagen mittels dem europäischen Formular **R017 (Beitreibungersuchen)** durch RINA an die zuständigen ausländischen VS weiterzuleiten. Die ausländische VS führt die Beitreibung nach ihrem innerstaatlichen Recht durch. Sie antwortet der FZR mit dem Formular **R018 (Antwort auf ein Beitreibungersuchen)**, das diese per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet. Die Überweisung, sofern die Forderung zumindest teilweise eingefordert werden konnte, erfolgt durch die Buchhaltungsabteilung der ZAS auf das im Formular R017 angegebene Konto der AK. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

## 5. Unterstützung

Bei Schwierigkeiten mit [BUC\\_R\\_05](#) und [BUC\\_R\\_06](#) steht Ihnen die IVH per E-Mail unter folgender Adresse zur Verfügung: [recovery\\_eai@zas.admin.ch](mailto:recovery_eai@zas.admin.ch).

Bei Schwierigkeiten mit [BUC\\_R\\_07](#) steht Ihnen die FZR per E-Mail unter folgender Adresse zur Verfügung: [recovery\\_cc@zas.admin.ch](mailto:recovery_cc@zas.admin.ch).



## 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):

<b>Anzahl der Anhänge:</b>	---Vervollständigen Sie hier---
<b>Datum der Sendung:</b>	---[DD/MM/YYYY]---

<b>Ausstellende Institution:</b>	
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
<b>Empfängerinstitution:</b>	
<b>1.1.1. Land</b>	---Vervollständigen Sie hier---

<b>1. Aktenzeichen</b>	
1.1.1. Absenderland	CH
<b>1.1.2 Aktenzeichen beim absendenden Träger<sup>1</sup></b>	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Name der versendenden Institution	.....
<b>1.1.1. Empfängerland<sup>2</sup></b>	---Vervollständigen Sie hier---
<b>1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger<sup>2</sup> (falls bekannt)</b>	---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

- [01] Beiträge
- [02] Ungerechtfertigte Leistungen

### 2.2 Branchencode <sup>4</sup> ↻

- [01] Krankheit
- [02] Rente
- [03] Arbeitslosigkeit
- [04] Berufskrankheit und Arbeitsunfall
- [05] Familienleistungen
- [99] Sonstige(s) : ---Vervollständigen Sie hier---

## 3.1. Der Antrag betrifft

- [01] Betroffener
- [02] Arbeitgeber

- 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 <sup>5</sup>

### 4.1 Erklärung

- [01] Die für die Forderung geltende Fünfjahresfrist nach Artikel 82 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 ist nicht abgelaufen.
- [02] Die in Artikel 82 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vorgesehene Frist von fünf Jahren ist für die Forderung

4.3 Der Gesamtbetrag (einschließlich Zinsen, Bußgeldern, Strafen und/oder damit verbundenen Kosten) beläuft sich auf:

- [01] Gleich oder höher als 350 EUR.
- [02] Weniger als 350 EUR aufgrund einer Verwaltungsvereinbarung

### 4.4.1. Betrag

---Vervollständigen Sie hier---

### 4.4.2. Währung <sup>8</sup>

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	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Unbekannt
<b>5.1.1.1.7.1 persönliche Identifikationsnummer(n)</b>	
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.XXXXX.XXXXX.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	.....
<b>5.1.1.1.8. Wenn der Pin nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus:</b>	
5.1.1.1.8.1. Ort der Geburt <sup>11</sup>	
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---
<b>5.1.1.2 Zusätzliche Informationen zur Person</b>	
5.1.1.2.1. Status der betroffenen Person	Wählen Sie ein Element. Wenn andere : ---Hier vervollständigen---
<b>5.1.1.3. Zuletzt bekannte Adressen der betroffenen Person</b>	
5.1.1.3.1.1. Art der Adresse	<input type="radio"/> [01] Land des Wohnsitzes <input checked="" type="radio"/> [02] Land des Aufenthalts  <input type="radio"/> [03] Kontaktadresse der Person  <input type="radio"/> [99] Andere(s): ---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. Region <sup>16</sup>	---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<sup>17</sup>

---Vervollständigen Sie hier---

**6.1.2. Identifikationsnummern**

6.1.2.1.1. Identifikationsnummer des Arbeitgebers beim ausstellenden

---Vervollständigen Sie hier---

Träger<sup>18</sup>

6.1.2.1.2. Typ

[01] Identifikation/Immatrikulation

[02] Soziale Sicherheit

[03] Steuerrecht

[98] Unbekannt

**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<sup>16</sup>

---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

6.2.2.1.1. 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

[01] Männlich

[02] Weiblich

[98] Unbekannt



**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.XXXXX.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** <sup>21</sup>

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



## Anweisungen Formular R015

Das Formular muss gemäss Art. 77 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 R015 müssen mit den beigefügten Belegen und Unterlagen übereinstimmen.

Folgende Angaben sind erforderlich:

- Pflichtfelder (in gelb im Formular):
- Empfohlene Felder (in blau im Formular):

<b>Anzahl der Anhänge:</b>	--- Hier ausfüllen ---
<b>Datum der Sendung:</b>	---[DD/MM/YYYY]---

<b>Absendende Institution:</b>	
Ländercode*	CH
Code der Institution*	.....
1.1.3.2 Bezeichnung der Institution*.	Zentrale Ausgleichsstelle
Straße	Av. Edmond-Vaucher 18
Stadt	Genf
Postleitzahl	1203
Region	
1.1.1. Land	CH
Telefon	0041 22 795 91 11
Fax	0041 22 795 97 04
E-Mail	sedmaster@zas.admin.ch
<b>Empfängerinstitution:</b>	
1.1.1.Code des Landes	--- Hier ausfüllen --- <a href="#">[list ISO3166-1-alpha-2 code]</a>
1.1.1.Land	--- Hier ausfüllen --- <a href="#">[list ISO3166-1-alpha-2 code]</a>

<b>1. Aktenzeichen</b>	
1.1.1. Absenderland	CH
1.1.2 Aktenzeichen beim absendenden Träger <sup>1</sup>	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Name der versendenden Institution	.....
1.1.1. Empfängerland <sup>2</sup>	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger <sup>2</sup> (falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.3.2. Name der empfangenden Institution	.....



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

<b>2. Die Art der Forderung</b>	
<b>2.1 Art des Antrags</b>	<input type="radio"/> [01] Beiträge
	<input type="radio"/> [02] Ungerechtfertigte Leistungen
<b>2.2 Branchencode</b> 	<input type="checkbox"/> [01] Krankheit
	<input type="checkbox"/> [02] Rente
	<input type="checkbox"/> [03] Arbeitslosigkeit
	<input type="checkbox"/> [04] Berufskrankheit und Arbeitsunfall
	<input type="checkbox"/> [05] Familienleistungen
	<input type="checkbox"/> [99] Sonstige(s) : ---Vervollständigen Sie hier---

<b>3.1. Der Antrag betrifft</b>	<input type="radio"/> [01] Betroffener
	<input type="radio"/> [02] Arbeitgeber

- 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.

<b>4. Erklärung</b> <sup>5</sup>	
<b>4.1 Erklärung</b>	<input checked="" type="radio"/> [01] Die für die Forderung geltende Fünfjahresfrist nach Artikel 82 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 ist nicht abgelaufen.
	<input type="radio"/> [02] Die in Artikel 82 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vorgesehene Frist von fünf Jahren ist für die Forderung
<b>4.3 Der Gesamtbetrag</b> (einschließlich Zinsen, Bußgeldern, Strafen und/oder damit verbundenen Kosten) beläuft sich auf:	<input checked="" type="radio"/> [01] Gleich oder höher als 350 EUR.
	<input type="radio"/> [02] Weniger als 350 EUR aufgrund einer Verwaltungsvereinbarung
<b>4.4.1. Betrag</b>	---Vervollständigen Sie hier---
<b>4.4.2. Währung</b> <sup>8</sup>	Wählen Sie ein Element.

- Die Identität der betroffenen Person (einschließlich Familienname, Vorname und Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit und alle zur Verfügung stehenden Informationen)

<b>Bitte füllen Sie das Folgende aus, wenn die unter "Der Antrag betrifft" = "Betroffene Person" getroffene Auswahl :</b>	
<b>5.1.1. Betroffene Person</b> 	
<b>5.1.1.1 Identifikation der Person</b>	
<b>5.1.1.1.1. Nachname(n)</b>	---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	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Unbekannt
<b>5.1.1.1.7.1 persönliche Identifikationsnummer(n)</b>	
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.XXXXX.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	.....
<b>5.1.1.1.8. Wenn der Pin nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus:</b>	
5.1.1.1.8.1. Ort der Geburt <sup>11</sup>	
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---
<b>5.1.1.2 Zusätzliche Informationen zur Person</b>	
5.1.1.2.1. Status der betroffenen Person	Wählen Sie ein Element. Wenn andere : ---Hier vervollständigen---
<b>5.1.1.3. Zuletzt bekannte Adressen der betroffenen Person</b>	
5.1.1.3.1.1. Art der Adresse	
	<input type="radio"/> [01] Land des Wohnsitzes <input type="radio"/> [02] Land des Aufenthalts <input type="radio"/> [03] Kontaktadresse der Person <input type="radio"/> [99] Andere(s): ---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. Region <sup>16</sup>	---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<sup>17</sup>

---Vervollständigen Sie hier---

**6.1.2. Identifikationsnummern**

6.1.2.1.1. Identifikationsnummer des Arbeitgebers beim ausstellenden

---Vervollständigen Sie hier---

Träger<sup>18</sup>

6.1.2.1.2. Typ

[01] Identifikation/Immatrikulation

[02] Soziale Sicherheit

[03] Steuerrecht

[98] Unbekannt

**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<sup>16</sup>

---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

[01] Männlich

[02] Weiblich

[98] Unbekannt

**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 der 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.

**8. Zu benachrichtigendes Dokument**

**7.1 Art des zuzustellenden Dokuments**

[01] Verwaltungsentscheidung

[02] Gerichtliche Entscheidung

[99] Andere : --- hier vervollständigen---

- Zustellungsformular: Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an, um anzugeben, wie das Dokument zugestellt werden soll. Die Angabe "Anders" schließt die Zustellung per Einschreiben ein, das dem Empfänger nicht persönlich ausgehändigt werden kann, obwohl die Zustellung an die angegebene Adresse durch eine Unterschrift belegt ist.

**8.1. Meldeformular <sup>21</sup>**

[01] Persönlich an Adressat

[02] Anders: ---Vervollständigen Sie hier---

**9.1 Frist für die Zustellung <sup>22</sup>** ---[DD/MM/YYYY]---

Unterschrift der ausstellenden Institution:

Datum ---[DD/MM/YYYY]---

Unterschrift Stempel

**Anhang:**

Die folgenden Unterlagen müssen unbedingt mit dem Formular R015 eingereicht werden:

- Gescannte Kopie des Forderungsantrags
- Gescannte Kopie der Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung

Die CC sind verpflichtet, die Originale aufzubewahren.



Wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt ist und die Belege nicht vollständig sind, werden sie nicht bearbeitet und an die Ausgleichskasse zurückgeschickt.



## Leitfaden für das Formular R017

### BUC R\_07 (Formular R017, R018) - Forderungseinzug

Im Rahmen des Austauschs europäischer Formulare über EESSI (vorübergehend RINA) **für die Einziehung von Forderungen** der Ausgleichskassen, bei Schuldner, die sich in der Europäischen Union befinden, ermöglicht das BUC\_R\_07 die Einziehung von Forderungen bei ausländischen Verbindungsstellen (im Folgenden: OL). Es umfasst insbesondere die Formulare R017 (Beitreibungsersuchen) und R018 (Antwort auf das Beitreibungsersuchen).

### Verfahren für die Einziehung von Forderungen :

Die kantonale Kasse als Trägerin des Ersuchens sorgt für die Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen, prüft den Anspruch auf Beitreibung und füllt das Formular R017 aus, in Übereinstimmung mit :

- Der europäischen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit,
- Der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit,
- Die Hinweise zum weiteren Vorgehen BUC R\_07

Sie leitet die vollständige Akte (**einschließlich der erforderlichen Anlagen**) über die folgende E-Mail-Adresse an die Abteilung für Rechtsstreitigkeiten der ZAS weiter: [recovery\\_cc@zas.admin.ch](mailto:recovery_cc@zas.admin.ch)

### Formular R017

Das Formular ist unter anderem in Übereinstimmung mit Art. 71ff der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit auszufüllen.

Alle Angaben im Formular R017 müssen mit dem Grundbescheid (Vollstreckungstitel) bzw. den ergänzenden Belegen (Mahnungen) übereinstimmen.

Folgende Angaben sind erforderlich:

- Pflichtfelder (**in gelb** im Formular):
- Empfohlene Felder (**in blau** im Formular):



<b>Anzahl der Anhänge:</b>	--- Hier ausfüllen ---
<b>Datum der Sendung:</b>	---[DD/MM/YYYY]---

<b>Absendende Institution:</b>	
Ländercode*	CH
Code der Institution*	.....
1.1.3.2 Bezeichnung der Institution*.	Zentrale Ausgleichsstelle
Straße	Av. Edmond-Vaucher 18
Stadt	Genf
Postleitzahl	1203
Region	
1.1.1. Land	CH
Telefon	0041 22 795 91 11
Fax	0041 22 795 97 04
E-Mail	sedmaster@zas.admin.ch
<b>Empfängerinstitution:</b>	
1.1.1.Code des Landes	--- Hier ausfüllen --- <a href="#">[list ISO3166-1-alpha-2 code]</a>
1.1.3.2 Bezeichnung der Institution	--- Hier ausfüllen ---
Straße	--- Hier ausfüllen ---
Stadt	--- Hier ausfüllen ---
Postleitzahl	--- Hier ausfüllen ---
Region	--- Hier ausfüllen ---
1.1.1.Land	--- Hier ausfüllen --- <a href="#">[list ISO3166-1-alpha-2 code]</a>
Telefon	--- Hier ausfüllen ---
Fax	--- Hier ausfüllen ---
E-Mail	--- Hier ausfüllen ---

<b>1. Aktenzeichen</b>	
1.1.1. Absenderland	CH
1.1.2 Aktenzeichen beim absendenden Träger <sup>1</sup>	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Name der versendenden Institution	.....
1.1.1. Empfängerland <sup>2</sup>	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger <sup>2</sup> (falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.3.2. Name der empfangenden Institution	.....



### 2.1. Art des Antrags<sup>3</sup>

- [01] Beitreibung  
 [02] Sicherungsmaßnahmen

- 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.

### 3. Erklärung<sup>4</sup>

#### 3.1 Erklärung

##### 3.1.1. Die Forderung und/oder der Vollstreckungstitel

- [01] Nicht bestritten werden  
 [02] Werden bestritten, aber Artikel 81 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 findet Anwendung

##### 3.1.2. Die von der ersuchenden Stelle bereits eingeleiteten geeigneten Beitreibungsverfahren werden nicht zur vollständigen Begleichung der Forderung führen und die Verjährungsfrist nach dem im Mitgliedstaat der ersuchenden Stelle geltenden Recht ist noch nicht abgelaufen.

- [01] Ja  
 [02] Nein

##### 3.1.3. Die Forderung ist weniger als 5 Jahre alt (Artikel 82 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 987/2009)

- [01] Ja  
 [02] Nein

##### 3.2. Der Gesamtbetrag (einschließlich Zinsen, Bußgeldern, Strafen und/oder Kosten) beläuft sich auf:<sup>6</sup>

- [01] gleich oder höher als 350 EUR  
 [02] weniger als 350 EUR gemäß einer Verwaltungsvereinbarung

- Art der Forderung: Geben Sie an, ob es sich um Beiträge (Abgaben) oder ungerechtfertigte Leistungen handelt, und nennen Sie den/die betroffenen Zweig/e der Sozialversicherung. (Branchencode)

### 4. Art der Forderung<sup>7</sup>

#### 4.1. Art des Antrags

- [01] Beiträge  
 [02] Ungerechtfertigte Leistungen

#### 4.2 Branchencode<sup>8</sup>

- [01] Krankheit  
 [02] Rente  
 [03] Arbeitslosigkeit  
 [04] Berufskrankheit und Arbeitsunfall  
 [05] Familienleistungen  
 [99] Sonstige(s) : ---Vervollständigen Sie hier---



## 5. Betrifft

5.1. **Betrifft**

[01] Betroffener

[02] Arbeitgeber

- Die Identität der betroffenen Person (einschließlich Familienname, Vorname und Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit und alle zur Verfügung stehenden Informationen)

## 6. Identität der betroffenen Person

### 6.1.1 Betroffene Person<sup>9</sup>

6.1.1.1.1. **Nachname(n)**

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.1.2. **Vorname(n)**

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.1.3 **Geburtsdatum**

---[DD/MM/YYYY]---

6.1.1.1.4. **Geschlecht**

[01] Männlich

[02] Weiblich

[98] Unbekannt

#### 6.1.1.1.7 Persönliche Identifikationsnummer der Person bei jedem Träger

6.1.1.1.7.1.1. Land des Absenders

CH

6.1.1.1.7.1.2. **Persönliche Identifikationsnummer des Absenderlandes (PIN)**

756.XXXXX.XXXX.XX

6.1.1.1.7.1.4.2. Name der versendenden Institution

.....

6.1.1.1.7.1.1. **Empfängerland**

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.1.7.1.2. **Persönliche Identifikationsnummer des Empfängerlandes (falls bekannt)**

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.1.7.1.4.2. Name der empfangenden Institution

.....

#### 6.1.1.1.8 **Wenn Sie die persönliche Identifikationsnummer der Person nicht kennen, füllen Sie bitte Folgendes aus:**

6.1.1.1.8.1.1. **Stadt der Geburt**

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.1.8.1.3. **Land**

---Vervollständigen Sie hier---

#### 6.1.1.2 Zusätzliche Informationen zur Person

6.1.1.2.1. **Status der betroffenen Person**

Wählen Sie ein Element.

Wenn andere : --- Hier ausfüllen---

#### 6.1.1.3 Letzte bekannte Adresse der betroffenen Person



6.1.1.3.1.1. Art der Adresse

- [01] Land des Wohnsitzes
- [02] Land des Aufenthalts
- [03] Kontaktadresse der Person
- [99] Andere(s):

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3.1.3.1. Straße

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3.1.3.3. Stadt

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3.1.3.4. Postleitzahl

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3.1.3.5. Region<sup>16</sup>

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier--- [\[list ISO3166-1-alpha-2 code\]](#)

**• 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 :

**7.1. Arbeitgeber**

7.1.1 Name des Arbeitgebers<sup>17</sup>

---Vervollständigen Sie hier---

**7.1.2. Identifikationsnummern**

7.1.2.1.1. Identifikationsnummer des Arbeitgebers beim ausstellenden

---Vervollständigen Sie hier---

Träger<sup>18</sup>

7.1.2.1.2. Typ

- [01] Identifikation/Immatrikulation
- [02] Soziale Sicherheit
- [03] Steuerrecht
- [98] Unbekannt

**7.1.3. Adresse**

7.1.3.1. Straße

---Vervollständigen Sie hier---

7.1.3.2. Name des Gebäudes

---Vervollständigen Sie hier---

7.1.3.3. Stadt

---Vervollständigen Sie hier---

7.1.3.4. Postleitzahl

---Vervollständigen Sie hier---

7.1.3.5. Region<sup>16</sup>

---Vervollständigen Sie hier---

7.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

**7.2. Verantwortliche Person oder Abteilung**



7.2.2.1.1.2. Telefonnummer	+41 00 000 0000
7.2.2.2.1.1. E-Mail-Adresse	---Vervollständigen Sie hier---
<b>7.3.1. Betroffene Person</b>	
<b>7.3.1.1 Identifikation der Person</b>	
7.3.1.1.1. Nachname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
7.3.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
7.3.1.1.3. Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
7.3.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Unbekannt
<b>7.3.1.1.7.1. Persönliche Identifikationsnummer(n)</b>	
7.3.1.1.7.1.1. Ausstellendes Land	CH
7.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) bei der ausstellenden Institution.	756.XXXXX.XXXXX.XX
7.3.1.1.7.1.4.2. Name der ausstellenden Institution	.....
7.3.1.1.7.1.1. Ausstellendes Land	CH
7.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) bei der empfangenden Einrichtung.	---Vervollständigen Sie hier---
7.3.1.1.7.1.4.2. Name der empfangenden Institution	.....
<b>7.3.1.1.8. Wenn die PIN nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus.</b>	
<b>7.3.1.1.8.1. Geburtsort</b>	
7.3.1.1.8.1.1. Stadt (Wenn nicht bekannt, geben Sie ' Unbekannt' ein)	---Vervollständigen Sie hier---
7.3.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
<b>7.3.1.2 Zusätzliche Informationen über die Person</b>	
7.3.1.2.1. Status der betroffenen Person	Wählen Sie ein Element.



- Angaben zur Forderung: Währung und Wechselkurs. Der Wechselkurs muss dem Datum des Beitreibungersuchens R017 entsprechen.

<b>9. Die Forderung<sup>29</sup></b>	
<b>9.1.1.1. Währung</b>	
9.1.1.1.1. Währung der absendenden Institution	CHF
9.1.1.1.2. Währung der empfangenden Institution	Wählen Sie ein Element.
9.1.1.2.1.1. Zum Zeitpunkt der Antragstellung verwendeter Wechselkurs <sup>28</sup>	---Dezimal---

Insbesondere muss das genaue Datum des im R017 angegebenen Vollstreckungstitels mit dem übereinstimmen, was im Titel steht, und der im R017 angegebene Gesamtbetrag muss mit dem übereinstimmen, was im Vollstreckungstitel steht, einschließlich Zinsen und anderer Beträge. Wenn der im R017 angegebene Gesamtbetrag der Forderung nicht mit der Grundentscheidung übereinstimmt, muss die kantonale Kasse alle Belege (in beglaubigter Kopie) beifügen, die die Höhe der zurückzufordernden Forderung belegen.

<b>9.1.1.3. Zeitraum<sup>30</sup></b>	
9.1.1.3.1. Datum des Beginns	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.1.3.2. Datum des Endes	---[DD/MM/YYYY]---
<b>9.1.1.4. Betrag in der Währung des absendenden Instituts</b>	
9.1.1.4.1. Betrag in der Hauptsumme <sup>31</sup>	---Dezimal---
9.1.1.4.2 Zinsen <sup>32</sup>	---Dezimal---
9.1.1.4.3. Bußgelder <sup>33</sup>	---Dezimal---
9.1.1.4.4. Administrative Strafen <sup>34</sup>	---Dezimal---
9.1.1.4.5 Sonstige Aufwendungen/Kosten <sup>35</sup>	---Dezimal---
9.1.1.4.6. Gesamtbetrag <sup>36</sup>	---Dezimal---
<b>9.1.1.5. Betrag in der Währung des Empfängerinstituts</b>	
9.1.1.5.1. Betrag in der Hauptsumme <sup>31</sup>	---Dezimal---
9.1.1.5.2 Zinsen <sup>32</sup>	---Dezimal---
9.1.1.5.3. Bußgelder <sup>33</sup>	---Dezimal---
9.1.1.5.4. Administrative Strafen <sup>34</sup>	---Dezimal---
9.1.1.5.5 Sonstige Kosten/Gebühren <sup>35</sup>	---Dezimal---
9.1.1.4.6. Gesamtbetrag <sup>36</sup>	---Dezimal---
<b>9.1.2 Identifikation der Forderung</b>	
9.1.2.1. Datum des Vollstreckungstitels <sup>37</sup>	---[DD/MM/YYYY]---



9.1.2.2 Datum der Mitteilung <sup>38</sup>	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.3 Datum, ab dem die Ausführung möglich ist <sup>39</sup>	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.4. Letzter Tag der Verjährungsfrist <sup>40</sup>	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.5. Referenz zur Identifizierung des Vollstreckungstitels <sup>41</sup>	---Vervollständigen Sie hier---

**10. Gesamtbetrag<sup>42</sup>**

10.1 Dieser Antrag betrifft\*.

[01] Eine Forderung und der Gesamtbetrag

[02] Mehrere Forderungen und den Gesamtbetrag

**10.2 Wenn sich die Forderung auf mehrere Forderungen und einen Gesamtbetrag bezieht, geben Sie bitte an**

10.2.1 Der kombinierte Gesamtbetrag der Forderungen  
in der Währung der versendenden Institution ---Dezimal---

10.2.2 Der kombinierte Gesamtbetrag der Forderungen  
in der Währung des Empfängerinstituts ---Dezimal---

**11. Andere nützliche Informationen<sup>43</sup>**

11.1 Information ---Vervollständigen Sie hier---

**12.1 Annahme einer Ratenzahlung<sup>44</sup>**

12.1.1 Die Ratenzahlung beträgt

[01] Akzeptabel ohne weitere Beratung

[02] Akzeptabel nur nach Rücksprache

[03] Nicht akzeptabel

- Bankverbindung oder Überweisung der Forderung

**12.2 Bankverbindung<sup>45</sup>**

Name der Bank<sup>46</sup> ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.1.1. Internationale Bankkontonummer (IBAN)<sup>47</sup> ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.1.2. Bank Identifier Code (BIC)<sup>48</sup> ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.2. Name des Kontoinhabers<sup>49</sup> ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.3 Zahlungsreferenz für die Weiterleitung<sup>50</sup> ---Vervollständig Sie hier---

**12.2.4. Adresse der Empfängerbank<sup>51</sup>**

12.2.4.1. Straße ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.4.3. Stadt ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.4.4 Postleitzahl ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.4.5 Region<sup>14</sup> ---Vervollständigen Sie hier---

12.2.4.6. Land ---Vervollständigen Sie hier--- [\[list ISO3166-1-alpha-2 code\]](#)



**Unterschrift der absendenden Einrichtung:**

Datum

---[DD/MM/YYYY]---

Unterschrift

Stempel

**Anhang :**

Die folgenden Unterlagen müssen unbedingt mit dem Formular R017 eingereicht werden:

- Kopie des Vollstreckungstitels, beglaubigt mit dem Original und mit dem Datum der Rechtskraft, Stempel und Unterschrift der Kantonalen Kasse.
- Wenn es weitere Belege gibt, (z.B. Mahnungen), sollten diese ebenfalls als beglaubigte Kopien vorliegen.
- Der Nachweis der Zustellung des Vollstreckungstitels an den Schuldner.

Wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt ist und die Belege nicht vollständig sind, werden sie nicht bearbeitet und an die kantonale Kasse zurückgeschickt.

**Verfahren in der Rechtsabteilung und im OL :**

- Sobald die Unterlagen eingegangen sind, prüft die Rechtsabteilung, ob alle relevanten Informationen vorhanden sind, und leitet sie dann über Rina an die zuständige OL für die Eintreibung weiter.
- Die ausländische OL nimmt die Beitreibung nach ihren innerstaatlichen Rechtsvorschriften vor.
- Nach Abschluss der verschiedenen Schritte übermittelt uns das O seine Antwort mithilfe des Formulars R018.
- Das Formular R018 wird an die kantonale Kasse zurückgeschickt.
- Die Überweisung der Forderung, sofern eine solche besteht, erfolgt durch die Buchhaltungsabteilung der SAK auf das im Formular R017 angegebene Konto der kantonalen Kasse.
- Der Fall ist von Seiten der Rechtsabteilung abgeschlossen.

**Kompetenz :**

- Die kantonalen Kassen sind dafür zuständig, die Berechtigung zum Einzug der Forderung zu prüfen, die notwendigen Dokumente zusammenzustellen und das Formular R017 auszufüllen. Die Überprüfung der Übereinstimmung der Angaben in den verschiedenen Dokumenten fällt in ihren Zuständigkeitsbereich.
- Die Zentrale Ausgleichsstelle, Abteilung Streitfälle, ist dafür zuständig, die von den kantonalen Kassen erhaltenen Daten über Rina an die ausländischen OL weiterzuleiten und das Ergebnis (einschließlich der zurückgeforderten Beträge) im Rahmen des Inkassos an die kantonalen Kassen zu übermitteln.