



23.01.2023

Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 463

Amtsvollstreckungshilfe im europäischen Umfeld: Elektronischer Austausch erweitert

Mit der AHV-Mitteilung Nr. 452 wurde darüber informiert, dass die Ausgleichskassen die zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) mit dem grenzüberschreitenden Einzug von Beitragsforderungen beauftragen können, da dies einen elektronischen Austausch mit dem Ausland mittels EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) voraussetzt.

Die europäischen Koordinierungsvorschriften sehen vor, dass, wenn zwischen zwei Staaten eine Meinungsverschiedenheit besteht, welches Sozialversicherungssystem anwendbar ist, ein Sozialversicherungsträger provisorisch Beiträge einzieht bzw. provisorisch Leistungen ausrichtet. Stellt sich heraus, dass er für die Leistungen nicht zuständig war, sind die bereits bezahlten Beiträge direkt an den als zuständig ermittelten Träger auszuführen bzw. die Leistungen mit den durch den als zuständig ermittelten Träger ausbezahlten Nachzahlungen oder laufenden Leistungen zu verrechnen. Neu stehen diese Geschäftsprozesse ebenfalls elektronisch zur Verfügung (R_BUC_03 und R_BUC_04). Solche Anfragen können von der Ausgleichskasse an die ZAS übermittelt werden. Erfolgen solche Ersuchen aus dem Ausland, leitet die ZAS diese, analog dem Vorgehen bei den anderen R_BUC, an die zuständige Ausgleichskasse weiter.

Die ZAS hat entsprechende Vorgaben zur organisatorischen Umsetzung gemacht (vgl. Anhang «Recovery-Richtlinien für Ausgleichskassen»). Im Hinblick auf die neuen Geschäftsprozesse wurden diese aktualisiert.

Auskunftsstelle

Für Fragen und Detailabsprachen steht Ihnen bei der ZAS folgender Bereich zur Verfügung: Internationale Verwaltungshilfe (IVH): recovery_eai@zas.admin.ch



Recovery-Richtlinien für Ausgleichskassen

Datum: 22.12.2022

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. Zudem besteht die Möglichkeit, vorläufig gezahlte Geldleistungen beim schlussendlich zuständigen Träger im Ausland einzufordern bzw. einen provisorisch zuständigen Träger, welcher Beiträge eingezogen hat, aufzufordern, diese zu überweisen.

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. 987/2009¹) 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 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

¹ SR 0.831.109.268.11

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 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 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 : Beitreibungsersuchen

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 Leitfaden 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 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. BUC_R_03 : Verrechnung von vorläufig gezahlten Leistungen

Besteht zwischen zwei Staaten eine Meinungsverschiedenheit zwischen zwei Staaten darüber, welches Sozialversicherungssystem anwendbar ist, kann ein Träger gestützt auf Artikel 6 der Verordnung Nr. 987/2009 provisorisch Leistungen bezahlen. Stellt sich heraus, dass er für die Leistungen nicht zuständig war, können die Leistungen mit den durch den als zuständig ermittelten Träger ausbezahlten Nachzahlungen oder laufenden Leistungen verrechnet werden.

Mit **BUC_R_03** kann ein Träger, welcher provisorisch Leistungen bezahlt hat, die Verrechnung der Leistungen mit den durch den schlussendlich als zuständig bestimmten Träger zu bezahlenden Leistungen verlangen. Der Träger muss hierfür eine Abrechnung erstellen und diese spätestens drei Monate nach Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften (in der Regel ab der Ausstellung der Bescheinigung A1) an den als zuständig bestimmten Träger übermitteln. Ist eine Verrechnung möglich, überweist der Träger den Betrag an den Träger, welcher die Geldleistungen zu Unrecht erbracht hat.

Eine Ausgleichskasse (AK), die eine Anfrage des Typs **BUC_R_03** beim zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte **WORD-Formular R008** mit allfälligen diesbezüglichen Beilagen an die IVH, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an recovery_eai@zas.admin.ch sendet. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des **Formulars WORD R008** finden sich in den Anweisungen R008, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die AKs sind dafür zuständig, die für die Verrechnungsanfrage 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 **R008 (Antrag auf Erstattung von vorläufig gezahlten Leistungen)** durch RINA an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Die VS antwortet ihr mit dem europäischen Formular **R009 (Antwort mit Informationen über endgültig zu zahlende Leistungen)**, Es ist möglich, dass die ausländische Stelle auch ein **R004 (Zahlungsbestätigung)** schickt. Diese leitet die IVH per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

Erhält die IVH eine Verrechnungsanfrage des Typs **BUC_R_03** aus dem Ausland, übermittelt sie das europäische Formular **R008 (Antrag auf Erstattung von vorläufig gezahlten Leistungen)** per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die zuständige AK. Diese ist dafür verantwortlich, zu prüfen, ob eine Verrechnung möglich ist. Die AK übermittelt dann das ausgefüllte **WORD-Formular R009** mit allfälligen diesbezüglichen Beilagen an die IVH, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an recovery_eai@zas.admin.ch sendet. Erfolgt eine Zahlung ins Ausland, ist auch das **WORD-Formular R004 (Zahlungsbestätigung)** zu senden. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des **Formulars WORD R009 oder R004** finden sich in den Anweisungen R008 bzw. R004, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die IVH ist dafür verantwortlich, die Antwort mittels dem europäischen Formular **R009 (Antwort mit Informationen über endgültig zu zahlende Leistungen)** bzw. das Formular **R004 (Zahlungsbestätigung)** durch RINA an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

6. BUC_R_04: Verrechnung von vorläufig gezahlten Beiträgen

Besteht zwischen zwei Staaten eine Meinungsverschiedenheit zwischen zwei Staaten darüber, welches Sozialversicherungssystem anwendbar ist, kann ein Träger gestützt auf Artikel 6 der Verordnung Nr. 987/2009 provisorisch Beiträge einziehen. Stellt sich heraus, dass er für die Beiträge nicht zuständig war, können die bereits bezahlten Beiträge an den zuständigen Träger übermittelt werden.

Mit [BUC_R_04](#) kann der schlussendlich als zuständig ermittelte Träger vom Träger, welcher provisorisch Beiträge eingezogen hat, die Verrechnung der Beiträge verlangen. Der zuständige Träger muss hierfür eine Abrechnung erstellen und diese spätestens drei Monate nach Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften (in der Regel ab der Ausstellung der Bescheinigung A1) an den Träger übermitteln, welcher provisorisch Beiträge einbehalten hat. Ist eine Verrechnung möglich, überweist der Träger den Betrag an den Träger, welcher für die Einziehung der Beiträge zuständig ist.

Die so überwiesenen Beiträge gelten rückwirkend als an den als zuständig ermittelten Träger gezahlt.

Übersteigt der Betrag der vorläufig erhaltenen Beiträge den dem zuständigen Träger geschuldeten Betrag, so ist der übersteigende Betrag der betreffenden natürlichen/juristischen Person zu erstatten.

Eine Ausgleichskasse (AK), die eine Anfrage des Typs [BUC_R_04](#) beim zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte [WORD-Formular R010](#) mit allfälligen diesbezüglichen Beilagen an die IVH, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an recovery_eai@zas.admin.ch sendet. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des [Formulars WORD R010](#) finden sich in den Anweisungen R010, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die AKs sind dafür zuständig, die für die Verrechnungsanfrage 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 [R010 \(Antrag auf Erstattung der vorläufig gezahlten Beiträge\)](#) durch RINA an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Die VS antwortet ihr mit dem europäischen Formular [R011 \(Antwort mit Betrag der erstattungsfähigen Beiträge\)](#), Es ist möglich, dass die ausländische Stelle auch ein [R004 \(Zahlungsbestätigung\)](#) schickt. Diese leitet die IVH per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

Erhält die IVH eine Verrechnungsanfrage des Typs [BUC_R_04](#) aus dem Ausland, übermittelt sie das europäische Formular [R010 \(Antrag auf Erstattung der vorläufig gezahlten Beiträge\)](#) per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die zuständige AK. Diese ist dafür verantwortlich, zu prüfen, ob eine Verrechnung möglich ist. Die AK übermittelt dann das ausgefüllte [WORD-Formular R011](#) mit allfälligen diesbezüglichen Beilagen an die IVH, indem sie eine IncaMail (gesicherte E-Mail) an recovery_eai@zas.admin.ch sendet. Erfolgt eine Zahlung ins Ausland, ist auch das [WORD-Formular R004 \(Zahlungsbestätigung\)](#) zu senden. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des [Formulars WORD R011](#) und [R004](#) finden sich in den Anweisungen R008 bzw. R004, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die IVH ist dafür verantwortlich, die Antwort mittels dem europäischen Formular [R011 \(Antwort mit Betrag der erstattungsfähigen Beiträge\)](#) bzw. das Formular [R004 \(Zahlungsbestätigung\)](#) durch RINA an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

7. Unterstützung

Bei Schwierigkeiten mit [BUC_R_05](#), [BUC_R_06](#), [BUC_R_03](#), oder [BUC_R_04](#) steht Ihnen die IVH per E-Mail unter folgender Adresse zur Verfügung: 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.



Anweisungen Formular R004

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 R004 müssen mit den beigegeführten 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 *	.....
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:	
Ländercode *	---Vervollständigen Sie hier--- [list ISO3166-1 code]
Bezeichnung der Institution *	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---
Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
Region	---Vervollständigen Sie hier---
Land	---Vervollständigen Sie hier---
Telefon	---Vervollständigen Sie hier---
Fax	---Vervollständigen Sie hier---
E-Mail	---Vervollständigen Sie hier---
Straße	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---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. Empfängerland ²	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger ² (falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.3.1. Name der empfangenden Institution	.....

2. Betrifft	
2.1. Betrifft	<input checked="" type="radio"/> [01] Person
	<input type="radio"/> [02] Arbeitgeber/in

- Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Betrifft“ = „Person“:

3. Identifizierung der Person	
3.1.1 Person	
3.1.1.1.1. Identifizierung der Person	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.2 Name	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.3 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.4 Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
3.1.1.1.5 Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich
	<input type="radio"/> [02] Weiblich
	<input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
3.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.7. PIN der Person bei jedem Träger	
3.1.1.1.7.1.1. Land	CH
3.1.1.1.7.1.2 Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
3.1.1.1.7.1.4.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.7.1.4.2. . Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen	
3.1.1.1.8.1.1. Ort *	---Vervollständigen Sie hier---



3.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person	
3.1.1.2.1. Status der Person	---Hier wählen---
	Ob andere : ---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.3.1.1 Art der Anschrift	<input type="radio"/> [01] Wohnstaat
	<input type="radio"/> [02] Aufenthaltsstaat
	<input type="radio"/> [03] Kontaktadresse
	<input type="radio"/> [99] Sonstiges
3.1.1.3.1.1.3. Anschrift	
3.1.1.3.1.1.3.3. Ort *	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.3.1.1.3.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---

Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Betrifft“ = „Arbeitgeber/in“

4.1. Arbeitgeber/in	
4.1.1 Name	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.2. Identifikationsnummer	
4.1.2.1.1. Nummer	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.2.1.2. Art	<input checked="" type="radio"/> [01] Identifizierung / Registrierung
	<input type="radio"/> [02] Soziale Sicherheit
	<input type="radio"/> [03] Steuerlich
	<input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
4.1.3. Anschrift	
4.1.3.1. Straße	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.2. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---



4.1.3.3. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.4. Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.5. Region	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.2. Zuständige Person oder Abteilung	
4.2.1 Zuständige Person oder Abteilung	---Vervollständigen Sie hier---
4.2.2. Telefonnummer	+41 00 000 0000
4.2.3. E-Mail-Adressen	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1. Personen	
4.3.1.1. Identifizierung der Person	
4.3.1.1.1. Familienname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.3. Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
4.3.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
4.3.1.1.7.1. PIN der Person bei jedem Träger	
4.3.1.1.7.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Träger	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
<u>4.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
4.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person	
4.1.1.2.1. Status der Person	---Hier wählen--- Ob andere : ---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.8.1.8. Art der Anschrift	



	<input type="radio"/> [01] Wohnstaat
	<input type="radio"/> [02] Aufenthaltsstaat
	<input type="radio"/> [03] Kontaktadresse
	<input type="radio"/> [99] Sonstiges
4.1.1.3.1.1.3. Anschrift	
4.1.1.3.1.1.3.3. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.3.1.1.3.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---

5. Zahlungen	
5.1 Zahlungsgrund	---Hier wählen---
5.1.2 Zahlungsdetails	
5.1.2.1 Zahlungsart	<input type="radio"/> [01] Zahlung des vollständigen Betrags
	<input type="radio"/> [02] Teilzahlung
	<input type="radio"/> [03] Ratenzahlung
	<input checked="" type="radio"/> [04] Letzte Rate
5.1.2.2 Datum der Zahlung	06.12.2022
5.1.1.1.2 Währung	---Hier wählen---
5.1.1.1.3 Betrag	---Vervollständigen Sie hier---
5.1.1.1.4 Zahlungsreferenz für die Überweisung	---Vervollständigen Sie hier---
6 Zusätzliche Informationen	---Vervollständigen Sie hier---



Anweisungen Formular R008

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 R008 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 *	.....
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:	
Ländercode *	---Vervollständigen Sie hier--- [list ISO3166-1 code]
Bezeichnung der Institution *	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---
Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
Region	---Vervollständigen Sie hier---
Land	---Vervollständigen Sie hier---
Telefon	---Vervollständigen Sie hier---
Fax	---Vervollständigen Sie hier---
E-Mail	---Vervollständigen Sie hier---
Straße	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---



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

2. Identifizierung der Person	
2.1.1 Person	
2.1.1.1.1. Identifizierung der Person	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.1 Familienname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.3 Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
2.1.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
2.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.7. PIN der Person bei jedem Träger	
2.1.1.1.7.1.1. Land	CH
2.1.1.1.7.1.2 Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
2.1.1.1.7.1.4.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.7.1.4.2. . Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen	
2.1.1.1.8.1.1. Geburtsort	
2.1.1.1.8.1.1. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
6.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person	
6.1.1.2.1. Status der Person	---hier wählen---
	Ob andere: ---Vervollständigen Sie hier---



2.1.1.1.8.1.3. Land

---Vervollständigen Sie hier---

2.1.1.3.1.1 Art der Anschrift

[01] Wohnstaat

[02] Aufenthaltsstaat

[03] Kontaktadresse

[99] Sonstiges

2.1.1.3.1.1.3. Anschrift

2.1.1.3.1.1.3.3. Ort *

---Vervollständigen Sie hier---

2.1.1.3.1.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

3. Entscheidung über den zuständigen Träger

3.1 Datum der Festlegung der Zuständigkeit

---Vervollständigen Sie hier---

3.2 Datum bis zu welchem das Ersuchen gestellt werden muss

---Vervollständigen Sie hier---

4. Vorläufig gezahlte Leistung

4.1 Leistungsart

Choisissez un élément.

4.2 Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Leistungsart“ = „Sonstige Leistung“

4.2.1 Art der sonstigen Leistungen

---Vervollständigen Sie hier---

5. Zeitraum der vorläufigen Zahlung

5.1 Datum Beginn

---Hier Wahlen---

5.2 Datum Ende

--- Hier Wahlen ---

6. Gesamtbetrag der vorläufigen Zahlung

6.1 Betrag

---Vervollständigen Sie hier---

6.2 Währung

---Hier wählen---

7. Bankverbindung

7.1 SEPA-Bankdaten



7.1.1 IBAN	---Vervollständigen Sie hier---
7.1.2 BIC-SWIFT	---Vervollständigen Sie hier---
7.2. Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	---Vervollständigen Sie hier---
7.3 Zahlungsreferenz	---Vervollständigen Sie hier---
7.4 Anschrift der Bank des Empfängers	
7.4.1. Straße	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.2. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.3. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.4. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.5. Region	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---

8.1 Zusätzliche Informationen	
	---Vervollständigen Sie hier---



Anweisungen Formular R009

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 R009 müssen mit den beigegeführten 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 *	.....
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:	
Ländercode	---Vervollständigen Sie hier--- [list ISO3166-1 code]
Bezeichnung der Institution	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---
Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
Region	---Vervollständigen Sie hier---
Land	---Vervollständigen Sie hier---
Telefon	---Vervollständigen Sie hier---
Fax	---Vervollständigen Sie hier---
E-Mail	---Vervollständigen Sie hier---
Straße	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---



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

2. Identifizierung der Person	
2.1.1 Person	
2.1.1.1.1. Identifizierung der Person	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.1 Familienname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.3 Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
2.1.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
2.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.7. PIN der Person bei jedem Träger	
2.1.1.1.7.1.1. Land	CH
2.1.1.1.7.1.2 Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
2.1.1.1.7.1.4.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
<u>2.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
2.1.1.1.8.1.1. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
6.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person	
6.1.1.2.1. Status der Person	---Hier wählen---
	Ob andere: ---Vervollständigen Sie hier---



2.1.1.1.8.1.3. Land

---Vervollständigen Sie hier---

2.1.1.3.1.1 Art der Anschrift

- [01] Wohnstaat
- [02] Aufenthaltsstaat
- [03] Kontaktadresse
- [99] Sonstiges

2.1.1.3.1.1.3. Anschrift

2.1.1.3.1.1.3.3. Ort *

---Vervollständigen Sie hier---

2.1.1.3.1.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

3. Anspruch auf Leistungen

3.1 Anspruch auf Leistungen

- [1] Ja
- [2] Nein

3.2 Ist das Ersuchen innerhalb des Zeitraums von 3 Monaten gestellt worden?

- [1] Ja
- [2] Nein

4. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Anspruch auf Leistungen“ = „Ja“ UND „Ist das Ersuchen innerhalb des Zeitraums von 3 Monaten gestellt worden?“ = „Ja“

4.1. Anspruch auf Nachzahlung einer entsprechenden Leistung

- [1] Ja
- [2] Nein

4.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Anspruch auf Nachzahlung einer entsprechenden Leistung“ = „Ja“

4.2.1 Nachzahlungszeitraum

4.2.1 Datum Beginn

---Vervollständigen Sie hier---

4.2.2 Datum Ende

---Vervollständigen Sie hier---



4.2.2. Gesamtbetrag der nachzuzahlenden Beträge

4.2.2.1. Betrag

---Vervollständigen Sie hier---

4.2.2.2 Währung

---Hier wählen---

4.2.3. Der nachzuzahlende Betrag deckt den gesamten Betrag der vorläufigen Zahlung ab

[1] Ja

[2] Nein

5. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Anspruch auf Nachzahlung einer entsprechenden Leistung“ = „Nein“ ODER „Der nachzuzahlende Betrag deckt den gesamten Betrag der vorläufigen Zahlung ab“ = „Nein“:

5.1. Einbehalt von laufenden Zahlungen in regelmäßigen Raten möglich

[1] Ja

[2] Nein

5.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn "Einbehalt von laufenden Zahlungen in regelmäßigen Raten möglich" = "Ja":

5.2.1.[1]. Art der Leistungen, bei denen ein Einbehalt von laufenden Zahlungen möglich ist

5.2.1.[1].1. Art der Leistung, bei der ein Einbehalt von laufenden Zahlungen möglich ist

5.2.1.[1].1.1. Leistungsart

---Hier wählen---

5.2.1.[1].1.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Leistungsart“ = „Sonstige Leistung“ [SC]

5.2.1.[1].1.2.1. Art der sonstigen Leistungen

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.[1].2. Für den Einbehalt von der/den laufenden Zahlung/en zuständiger Träger

[01] Absendender Träger

[99] Sonstige(r) Träger

5.2.1.[1].3. Regelmäßiger Betrag



5.2.1.[1].3.1. Rhythmus

- [01] Täglich
- [02] Wöchentlich
- [03] Monatlich
- [99] Sonstiges

5.2.1.[1].3.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Rhythmus“ = „Sonstiges“

5.2.1.[1].3.2.1. Sonstiger Zahlungsrhythmus ---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.[1].3.3. Anzahl Zahlungsrhythmus

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.[1].3.4. Betrag je Zeiteinheit

5.2.1.[1].3.4.1. Betrag

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.[1].3.4.2. Währung

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.[1].4. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Für den Einbehalt von der/den laufenden Zahlung/en zuständiger Träger“ = „Sonstige(r) Träger“:

5.2.1.[1].4.1. Sonstige Träger, die für laufende Zahlung/en zuständig sind

5.2.1.[1].4.1.1.[1]. Anderer Träger, der für laufende Zahlung/en zuständig ist

5.2.1.[1].4.1.1.[1].1. Träger-ID

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.[1].4.1.1.[1].2. Name des Trägers

---Vervollständigen Sie hier---

8.1 Zusätzliche Informationen

---Vervollständigen Sie hier---



Anweisungen Formular R010

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 R010 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 *	.....
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:	
Ländercode *	---Vervollständigen Sie hier--- [list ISO3166-1 code]
Bezeichnung der Institution *	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---
Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
Region	---Vervollständigen Sie hier---
Land	---Vervollständigen Sie hier---
Telefon	---Vervollständigen Sie hier---
Fax	---Vervollständigen Sie hier---
E-Mail	---Vervollständigen Sie hier---
Straße	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---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	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.1. Empfängerland ²	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger ² (falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.3.1. Name der empfangenden Institution	---Vervollständigen Sie hier---

2. Betrifft	
2.1. Betrifft	<input checked="" type="radio"/> [01] Person
	<input type="radio"/> [02] Arbeitgeber/in

- Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Betrifft“ = „Person“:

3. Identifizierung der Person	
3.1.1 Person	
3.1.1.1.1. Familienname (n)	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.3 Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
3.1.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich
	<input type="radio"/> [02] Weiblich
	<input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
3.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.7. PIN der Person bei jedem Träger	
3.1.1.1.7.1.1. Land	CH
3.1.1.1.7.1.2 Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
3.1.1.1.7.1.4.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen	
3.1.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---



3.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person

3.1.1.2.1. Status der Person

---Hier wählen---

Ob andere: ---Vervollständigen Sie hier---

3.1.1.1.8.1.3. Land

---Vervollständigen Sie hier---

3.1.1.3.1.1 Art der Anschrift

[01] Wohnstaat

[02] Aufenthaltsstaat

[03] Kontaktadresse

[99] Sonstiges

3.1.1.3.1.1.3. Anschrift

3.1.1.3.1.1.3.3. Ort *

---Vervollständigen Sie hier---

3.1.1.3.1.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Betrifft“ = „Arbeitgeber/in“

4.1. Arbeitgeber/in

4.1.1 Name

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.2. Identifikationsnummer

4.1.2.1.1. Nummer

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.2.1.2. Art

[01]

Identifizieru

ng /

Registrieru

ng

[02] Soziale Sicherheit

[03]

Steuerlich

[98] Nicht bekannt

4.1.3. Anschrift

4.1.3.1. Straße

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.3.2. Gebäudename/-bezeichnung

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.3.3. Ort

---Vervollständigen Sie hier---



4.1.3.4. Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.5. Region	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.2. Zuständige Person oder Abteilung	
4.2.1 Zuständige Person oder Abteilung	---Vervollständigen Sie hier---
4.2.2. Telefonnummer	+41 00 000 0000
4.2.3. E-Mail-Adressen	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1. Personen	
4.3.1.1. Identifizierung der Person	
4.3.1.1.1. Familienname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.3. Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
4.3.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
4.3.1.1.7.1. PIN der Person bei jedem Träger	
4.3.1.1.7.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Träger	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
<u>4.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
4.1.1.1.8.1.1. Ort *	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person	
4.1.1.2.1. Status der Person	---Hier wählen--- Ob andere : ---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---



4.1.1.3.1.1 Art der Anschrift

- [01] Wohnstaat
- [02] Aufenthaltsstaat
- [03] Kontaktadresse
- [99] Sonstiges

4.1.1.3.1.1.3. Anschrift

4.1.1.3.1.1.3.3. Ort

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.1.3.1.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

5. Entscheidung über den zuständigen Träger

5.1 Datum der Festlegung der Zuständigkeit

---Vervollständigen Sie hier---

5.2 Datum bis zu welchem das Ersuchen gestellt werden muss

---Vervollständigen Sie hier---

6. Art der Beiträge

6.1.1. Art des Beitrags

6.1.1.1. Beitrag

---Hier Wählen---

6.1.1.2. Bitte ausfüllen, wenn „Beitrag“ = „Sonstiges“:

6.1.1.2.1. Sonstiges

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3. Beitragszeitraum

6.1.1.3.1. Datum Beginn

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.3.2. Datum Ende

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.4. Höhe der Beiträge

6.1.1.4.1. Betrag

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.4.2. Währung des absendenden Trägers

---Hier wählen---

6.1.1.4.3. Höhe des Arbeitgeberanteils

---Vervollständigen Sie hier---

6.1.1.4.4. Höhe des Arbeitnehmeranteils

---Vervollständigen Sie hier---

7. Bankverbindung

7.1 SEPA-Bankdaten



7.1.1 IBAN	---Vervollständigen Sie hier---
7.1.2 BIC-SWIFT	---Vervollständigen Sie hier---
7.2. Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	---Vervollständigen Sie hier---
7.3 Zahlungsreferenz	---Vervollständigen Sie hier---
7.4 Anschrift der Bank des Empfängers	
7.4.1. Straße	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.2. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.3. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.4. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.5. Region	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---



Anweisungen Formular R011

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 R011 müssen mit den beigegeführten 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 *	.....
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:	
Ländercode *	---Vervollständigen Sie hier--- [list ISO3166-1 code]
Bezeichnung der Institution *	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---Vervollständigen Sie hier---
Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
Region	---Vervollständigen Sie hier---
Land	---Vervollständigen Sie hier---
Telefon	---Vervollständigen Sie hier---
Fax	---Vervollständigen Sie hier---
E-Mail	---Vervollständigen Sie hier---
Straße	---Vervollständigen Sie hier---
Stadt	---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. Empfängerland ²	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger ² (falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.3.1. Name der empfangenden Institution	.....

2. Betrifft	
2.1. Betrifft	<input type="radio"/> [01] Person
	<input checked="" type="radio"/> [02] Arbeitgeber/in

- Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Betrifft“ = „Person“:

3. Identifizierung der Person	
3.1.1 Person	
3.1.1.1.1. Identifizierung der Person	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.2 Name	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.3 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.4 Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
3.1.1.1.5 Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich
	<input type="radio"/> [02] Weiblich
	<input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
3.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.7. PIN der Person bei jedem Träger	
3.1.1.1.7.1.1. Land	CH
3.1.1.1.7.1.2 Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX. XXXX.XX
3.1.1.1.7.1.4.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen	
3.1.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---



3.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person

3.1.1.2.1. Status der Person

---Hier wählen---

Ob andere : ---Vervollständigen Sie hier---

3.1.1.1.8.1.3. Land

---Vervollständigen Sie hier---

3.1.1.3.1.1 Art der Anschrift

[01] Wohnstaat

[02] Aufenthaltsstaat

[03] Kontaktadresse

[99] Sonstiges

3.1.1.3.1.1.3. Anschrift

3.1.1.3.1.1.3.3. Ort *

---Vervollständigen Sie hier---

3.1.1.3.1.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Betrifft“ = „Arbeitgeber/in“

4.1. Arbeitgeber/in

4.1.1 Name

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.2. Identifikationsnummer

4.1.2.1.1. Nummer

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.2.1.2. Art

[01] Identifizierung /
Registrierung

[02] Soziale Sicherheit

[03]
Steuerlich

[98] Nicht bekannt

4.1.3. Anschrift

4.1.3.1. Straße

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.3.2. Gebäudename/-bezeichnung

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.3.3. Ort

---Vervollständigen Sie hier---



4.1.3.4. Postleitzahl	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.5. Region	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.3.6. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.2. Zuständige Person oder Abteilung	
4.2.1 Zuständige Person oder Abteilung	---Vervollständigen Sie hier---
4.2.2. Telefonnummer	+41 00 000 0000
4.2.3. E-Mail-Adressen	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1. Personen	
4.3.1.1. Identifizierung der Person	
4.3.1.1.1. Familienname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.2 Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.3. Geburtsdatum	---[DD/MM/YYYY]---
4.3.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Nicht bekannt
4.3.1.1.7.1. PIN der Person bei jedem Träger	
4.3.1.1.7.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Träger	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
<u>4.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
4.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.8.1.1. Geburtsort	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person	
4.1.1.2.1. Status der Person	---Hier wählen--- Ob andere : ---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---



4.1.1.1.8. Art der Anschrift

- [01] Wohnstaat
- [02] Aufenthaltsstaat
- [03] Kontaktadresse
- [99] Sonstiges

4.1.1.3.1.1.3. Anschrift

4.1.1.3.1.1.3.3. Ort

---Vervollständigen Sie hier---

4.1.1.3.1.1.3.6. Land

---Vervollständigen Sie hier---

5. Entscheidung über den zuständigen Träger

5.1. Ist das Ersuchen innerhalb des Zeitraums von 3 Monaten gestellt worden? *

- [1] Ja
- [2] Nein

5.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Ist das Ersuchen innerhalb des Zeitraums von 3 Monaten gestellt worden?“ = „Ja“:

5.2.1. Art der Beiträge

5.2.1.1.[1]. Art des Beitrags

5.2.1.1.[1].1. Beitrag

---Hier Wählen---

5.2.1.1.[1].2. Bitte ausfüllen, wenn „Beitrag“ = „Sonstiges“:

5.2.1.1.[1].2.1. Sonstiges

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.1.[1].3. Beitragszeitraum *

5.2.1.1.[1].3.1. Datum Beginn

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.1.[1].3.2. Datum Ende

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.1.[1].4. Höhe der Beiträge

5.2.1.1.[1].4.1. Betrag

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.1.[1].4.2. Währung des absendenden Trägers

---Hier wählen---

5.2.1.1.[1].4.3. Höhe des Arbeitgeberanteils

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.1.[1].4.4. Höhe des Arbeitnehmeranteils

---Vervollständigen Sie hier---

5.2.1.1.[1]. Art des Beitrags Hinzufügen

5.3. Zusätzliche Informationen



5.3.1. Betrag der erstattungsfähigen Beiträge wird gezahlt:	
5.3.1.1. Betrag für zuständigen Träger	---Vervollständigen Sie hier---
5.3.1.2. Betrag für Person	---Vervollständigen Sie hier---
5.3.1.3. Weitere Informationen	---Vervollständigen Sie hier---
5.3.2. Erstattung nicht möglich	
5.3.2.1. Grund, warum eine Erstattung nicht möglich ist	---Vervollständigen Sie hier---
5.3.3. Füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus, wenn ein anderer Träger zuständig ist:	
5.3.3.1. Zuständige Träger	
5.3.3.1.1.[1]. Zuständiger Träger	
5.3.3.1.1.[1].1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
5.3.3.1.1.[1].2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---

6. Art der Beiträge	
6.1.[1]. Art des Beitrags	
6.1.[1].1. Beitrag *	---Hier Wählen---
6.1.[1].2. Bitte ausfüllen, wenn „Beitrag“ = „Sonstiges“:	
6.1.[1].2.1. Sonstiges	
6.1.[1].2.1. Sonstiges	
6.1.[1].2.1. Sonstiges	
6.1.[1].3. Beitragszeitraum	
6.1.[1].3.1. Datum Beginn	
6.1.[1].3.1. Datum Beginn	
6.1.[1].3.2. Datum Ende	
6.1.[1].3.2. Datum Ende	
6.1.[1].4. Höhe der Beiträge	
6.1.[1].4.1. Betrag	
6.1.[1].4.1. Betrag	
6.1.[1].4.2. Währung des absendenden Trägers	
6.1.[1].4.2. Währung des absendenden Trägers	
6.1.[1].4.3. Höhe des Arbeitgeberanteils	
6.1.[1].4.3. Höhe des Arbeitgeberanteils	
6.1.[1].4.4. Höhe des Arbeitnehmeranteils	
6.1.[1].4.4. Höhe des Arbeitnehmeranteils	

7. Bankverbindung	
7.1 SEPA-Bankdaten	
7.1.1 IBAN	
7.1.1 IBAN	
7.1.2 BIC-SWIFT	
7.1.2 BIC-SWIFT	
7.2. Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers *	
7.2. Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers *	
7.3 Zahlungsreferenz	
7.3 Zahlungsreferenz	
7.4 Anschrift der Bank des Empfängers	
7.4.1. Straße	
7.4.1. Straße	



7.4.2. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.3. Ort	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.4. Gebäudename/-bezeichnung	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.5. Region	---Vervollständigen Sie hier---
7.4.6. Land *	---Vervollständigen Sie hier---