**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):

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl der Anhänge:** | --- Hier ausfüllen --- |
| **Datum der Sendung:** | ---[DD/MM/YYYY]--- |

|  |  |
| --- | --- |
| **Absendende Institution:** | |
| 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 |
|  |  |
| **Empfängerinstitution:** | |
| 1.1.1.Code des Landes | --- Hier ausfüllen --- [[list ISO3166-1-alpha-2 code]](http://fr.wikipedia.org/wiki/ISO_3166-1) |
| 1.1.1.Land | --- Hier ausfüllen --- [[list ISO3166-1-alpha-2 code]](http://fr.wikipedia.org/wiki/ISO_3166-1) |

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

* 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).

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte füllen Sie das Folgende aus, wenn die unter "Der Antrag betrifft" = "Arbeitgeber" getroffene Auswahl :** | |
| **6.1. Arbeitgeber** | |
| 6.1.1 Name des Arbeitgebers 17 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| **6.1.2. Identifikationsnummern** | |
| 6.1.2.1.1. Identifikationsnummer des Arbeitgebers beim ausstellenden Träger18 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.2.1.2. Typ |  |
| **6.1.3. Adresse** | |
| 6.1.3.2. Name des Gebäudes | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.1. Straße | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.3. Stadt | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.4. Postleitzahl | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.5. Region 16 | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.1.3.6. Land | ---Vervollständigen Sie hier--- |
|  |  |
| **6.2. Verantwortliche Person oder Abteilung** | |
| 6.2.2.1.1.2. Telefonnummer | +41 00 000 0000 |
| 6.2.2.2.1.1. E-Mail-Adresse | ---Vervollständigen Sie hier--- |
|  |  |
| **6.3.1. Betroffene Person** | |
| **6.3.1.1 Identifikation der Person** | |
| 6.3.1.1.1. Nachname(n) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.2 Vorname(n) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.3. Geburtsdatum | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| 6.3.1.1.4. Geschlecht |  |
|  |  |
| **6.3.1.1.7.1. Persönliche Identifikationsnummer(n)** | |
| 6.3.1.1.7.1.1. Ausstellendes Land | CH |
| 6.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) bei der ausstellenden Institution. | 756.XXXX.XXXX.XX |
| 6.3.1.1.7.1.4.2. Name der ausstellenden Institution | .............................. |
| 6.3.1.1.7.1 Empfängerland | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) in der empfangenden Einrichtung.(falls bekannt) | ---Vervollständigen Sie hier--- |
| 6.3.1.1.7.1.4.2. Name der empfangenden Institution | .............................. |
| **6.3.1.1.8. Wenn 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** 21 | ---Vervollständigen Sie hier--- |

|  |  |
| --- | --- |
| 9.1 Frist für die Zustellung 22 | ---[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.