



19.06.2024

Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL- Durchführungsstellen Nr. 488

Amtsvollstreckungshilfe im europäischen Umfeld: Elektronischer Austausch nochmals erweitert

Mittels AHV-Mitteilungen Nr. 452 und Nr. 463 wurde darüber informiert, dass die Ausgleichskassen die zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) mit dem Einzug von Beitragsforderungen in der EU/EFTA beauftragen und dass auch Verrechnungsanfragen bezüglich vorläufig gezahlter Leistungen / Beiträgen via die ZAS übermittelt werden können.

Die europäischen Koordinierungsvorschriften sehen vor, dass zu Unrecht ausbezahlte Leistungen mit Nachzahlungen oder laufenden Leistungen eines EU-/EFTA-St verrechnet werden können, sofern die jeweiligen nationalen Rechtsvorschriften dies zulassen. Seit dem 6. Mai 2024 steht dieser Geschäftsprozess elektronisch zur Verfügung (R_BUC_01). Solche Anfragen können von der Ausgleichskasse an die ZAS übermittelt werden, da dies einen elektronischen Austausch mit dem Ausland mittels E-ESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) voraussetzt. 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 den neuen Geschäftsprozess 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: 19.06.2024

Für: Kantonale Ausgleichskassen / Verbandsausgleichskassen

1. Hintergrund

Unter dem Abkommen über den freien Personenverkehr zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten wendet die Schweiz die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Durchführungsbestimmungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme an.

Die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) ist der zuständige Träger für den Austausch der europäischen Formulare auf der EESSI-Plattform (Electronic Exchange of Social Security Information) mit den Verbindungsstellen (VS) der EU/EFTA.

Im Rahmen der Beitreibung (Recovery) kann die Sektion Internationale Verwaltungshilfe (IVH) bzw. die Rechtsabteilung der Abteilung Finanzen und Zentralregister (FZR) der ZAS im Namen der schweizerischen Ausgleichskassen (AK) Schritte für die folgenden Antragstypen unternehmen:

- R_BUC_01: Verrechnung der Überzahlung von Leistungen
- R_BUC_03: Verrechnung von vorläufig gezahlten Leistungen
- R_BUC_04: Verrechnung von vorläufig erhaltenen Beiträgen
- R_BUC_05: Auskunftersuchen
- R_BUC_06: Zustellungersuchen
- R_BUC_07: Beitreibungersuchen

2. R_BUC_01: Verrechnung der Überzahlung von Leistungen

Mit einem R_BUC_01 kann ein Träger eines Mitgliedstaats die zuständigen Träger anderer Mitgliedstaaten ersuchen, seine zu viel gezahlten Leistungen mit ihren Nachzahlungen oder laufenden Zahlungen zu verrechnen.

Die AK können nur dann eine Verrechnung (gemäss der Verordnung (EG) Nr. 987/2009: Artikel 72 Absatz 1) **im Ausland beantragen, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:**

- **Eine Rückerstattungsverfügung muss in der Schweiz rechtskräftig sein**
- **Eine Verrechnung mit Nachzahlungen oder laufenden Leistungen in der Schweiz ist ganz oder teilweise unmöglich.**

Der Versicherte muss durch die AK über die Verrechnung informiert werden.

Die AK (Zuständigkeit gemäss Rz 10144 und 1045 RWL) haben zwei Möglichkeiten, über die IVH eine Verrechnung bei einer ausländischen VS zu beantragen: zum Zeitpunkt der Auslösung eines ausländischen Rentenanspruchs, oder danach.

a. Vorgehen bei gleichzeitiger Auslösung einer ausländischen Rente via SWAP

Um die IVH anzuweisen, Schritte bei der ausländischen VS zu unternehmen, können die AK im Unterfenster « Verschiedenes » des SWAP-Falls das Kästchen Einbehalt von Nachzahlungen ankreuzen:
Grund für den Einbehalt:

- Verordnung (CE) 987/2009: Art. 72 Abs. 1

Eine AK, die eine Anfrage des Typs R_BUC_01 bei einer ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte [WORD-Formular R001](#) mit allfälligen Anhängen per SWAP an die IVH. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des [WORD-Formulars R001](#) finden sich in den R001-Anweisungen, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die AK sind dafür zuständig, die für den Verrechnungsantrag erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen und die Übereinstimmung der Angaben in den verschiedenen Unterlagen zu überprüfen. Wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt oder der Anhang nicht vollständig ist, werden sie nicht von der IVH bearbeitet, sondern via SWAP an die AK zurückgeschickt.

Im Bereich der **Ergänzungsleistungen** können die AK den Einbehalt von Rentennachzahlungen zur Verrechnung ungerechtfertigter Leistungen beantragen.

Die Träger in den Bereichen **Arbeitslosigkeit, Sozialdienst, Krankheit (KVG), Berufsunfall oder Familienzulagen** können über die AK die Verrechnung von Nachzahlungen im Ausland beantragen, falls:

- die Verrechnung mit Leistungen oder Renten in der Schweiz ganz oder teilweise unmöglich ist
- die schweizerischen Rechtsvorschriften die Verrechnung der Nachzahlungen in der Schweiz zulassen und
- der zuständige ausländische Träger noch nicht verfügt und die Nachzahlungen noch nicht an den Versicherten ausgezahlt hat.

Verrechnungsanfragen von Privatversicherern (**VVG-Versicherung**) können nicht via SWAP eingereicht werden, da die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 nur für Sozialversicherungsträger gilt.

Eventuelle Nachzahlungen werden direkt an den Träger gezahlt, der seine Forderung verrechnen möchte. Die AK müssen den Namen und die Bankverbindung des anspruchsberechtigten Trägers in der Rubrik Bemerkungen angeben und Belege beifügen, aus denen der geschuldete Betrag im Einzelnen hervorgeht. **Die Verrechnungsforderung muss endgültig sein.**

b. Verfahren nach Auslösung einer ausländischen Rente

Ausserhalb der laufenden Fälle in SWAP können die AK auch einen Antrag mit dem unten beschriebenen Verfahren stellen. **Die Verrechnungsforderung muss endgültig und die Verfügung rechtskräftig sein.**

Eine AK, die einen R_BUC_01 Antrag bei einer ausländischen VS ausserhalb der SWAP-Applikation stellen will, übermittelt das ausgefüllte [WORD-Formular R001](#) mit allfälligen Anhängen an die IVH mittels IncaMail (gesicherte E-Mail) an recovery_eai@zas.admin.ch. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des [Formulars WORD R001](#) befinden sich in den R001-Anweisungen, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Die AK sind dafür zuständig, die erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen und die Übereinstimmung der darin enthaltenen Angaben 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 zurückgeschickt.

Die IVH ist dafür zuständig, die Anfrage mittels des Formulars [R001](#) (**Ersuchen um Einbehalt von nachzuzahlenden Beträgen/laufenden Zahlungen**) über eForm (EESSI) an die VS im Ausland zu übermitteln. Die VS antwortet mit dem Formular [R002](#) (**Antwort auf Ersuchen um Einbehalt von**

nachzuzahlenden Beträgen/laufenden Zahlungen), das die IVH per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet.

Nach Eingang des **R002** bei der AK gibt es zwei Möglichkeiten:

- a) Eine Verrechnung nach den Rechtsvorschriften der ausländischen VS ist möglich und die VS wird die Überzahlung wie vereinbart einbehalten. Nachdem die ausländische VS das Geld überwiesen hat, informiert sie die IVH mittels dem europäischen Formular **R004 (Mitteilung über Zahlung)**, das die IVH per IncaMail (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.
- b) Eine Verrechnung nach den Rechtsvorschriften der ausländischen VS ist nicht möglich. Das Verfahren ist damit abgeschlossen.

3. BUC_R_03: Verrechnung von vorläufig gezahlten Leistungen

Besteht zwischen zwei Staaten eine Meinungsverschiedenheit 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 ausbezahlten Nachzahlungen oder laufenden Leistungen des als zuständig ermittelten Trägers verrechnet werden.

Mit **BUC_R_03** kann ein Träger, welcher provisorisch Leistungen bezahlt hat, die Verrechnung dieser Leistungen mit den zu bezahlenden Leistungen des schlussendlich als zuständig bestimmten Trägers verlangen. Dazu muss der Träger 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 AK, die eine Anfrage des Typs **BUC_R_03** bei der zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte **WORD-Formular R008** mit allfälligen 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 AK 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 EESSI 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 weiter. 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 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** und des **Formulars WORD 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. dem Formular **R004**

(Zahlungsbestätigung) durch EESSI an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

4. BUC_R_04: Verrechnung von vorläufig gezahlten Beiträgen

Besteht zwischen zwei Staaten eine Meinungsverschiedenheit 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 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 zurückzuerstatten.

Eine AK, die eine Anfrage des Typs **BUC_R_04** bei der zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte **WORD-Formular R010** mit allfälligen 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 AK 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 EESSI 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 weiter. 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 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 des **Formulars WORD 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. dem Formular **R004 (Zahlungsbestätigung)** durch EESSI an die zuständige VS im Ausland weiterzuleiten. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

5. 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 feststehen. Die Forderung darf (gemäss Artikel 82(1)(b) der Verordnung (EG) Nr. 987/2009¹) nicht älter als fünf Jahre sein, und der Betrag muss über der Mindestgrenze von 350 EUR liegen (sofern keine anderslautende bilaterale Vereinbarung besteht).

Eine AK, die eine Anfrage des Typs BUC_R_05 bei der zuständigen ausländischen VS auslösen möchte, übermittelt das ausgefüllte **WORD-Formular R012** mit allfälligen 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 AK 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 EESSI 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.

6. BUC_R_06: Zustellungersuchen

Mit **BUC_R_06** kann ein Träger eines Staates einen Träger in einem anderen Staat ersuchen, dem Schuldner eine Verfügung oder einen Entscheid 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 Gerichtsentscheid), angegeben werden. Die Mitgliedstaaten sind nicht verpflichtet, Unterstützung zu gewähren, wenn die Forderung älter als fünf Jahre ist oder der Betrag unter 350 EUR liegt (ausser eine anderslautende Verwaltungsvereinbarung liegt vor). Im Antwortformular wird dann angegeben, ob, wann und wie die Zustellung erfolgte oder nicht.

Eine 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 des Verwaltungs- oder Gerichtsentscheids, 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 AK 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 EESSI 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 (gesicherte E-Mail) an die AK weiterleitet. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

¹ SR 0.831.109.268.11

7. 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 R017 aufgeführt, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Eine 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. Detaillierte Anweisungen zum Ausfüllen des [Formulars WORD R017](#) finden Sie den Anweisungen R017, die Bestandteil dieser Richtlinien sind.

Eine Kopie des Vollstreckungstitels ist beizulegen. 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 des Trägers], Verfügung in Rechtskraft erwachsen am [Datum] » ausreichen.

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

Die AK 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 EESSI an die zuständige ausländische VS weiterzuleiten. Die ausländische VS führt die Beitreibung nach nationalem 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. Sofern die Forderung zumindest teilweise eingezogen werden konnte, erfolgt die Überweisung durch die Buchhaltungsabteilung der ZAS auf das im Formular R017 angegebene Konto der AK. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.

8. Unterstützung

Bei Schwierigkeiten mit [R_BUC_01](#), [R_BUC_03](#), [R_BUC_04](#), [R_BUC_05](#), oder [R_BUC_06](#) 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.

R_BUC_01: Verrechnung der Überzahlung von Leistungen

Anweisungen Formular R001

Alle Informationen im Formular R001 müssen mit den zusätzlichen Belegen übereinstimmen.

Obligatorische Angaben sind im Formular R001 **gelb** markiert.

Ein **blauer** Tabellenrahmen bedeutet, dass der entsprechende Teil des Formulars optional dupliziert werden kann, um ihn mehrmals mit unterschiedlichen Informationen auszufüllen.

Anzahl der Anhänge *	Text einfügen.
Datum des Versands *	Datum einfügen.

Absenderträger	
Land	(CH) Schweiz
Name des Trägers	Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS)
Strasse	Av. Edmond-Vaucher 18
Ort	Genf
Postleitzahl	1203
Telefon	+41 22 795 91 11
Fax	+41 22 795 97 04
Email	sedmaster@zas.admin.ch

Empfängerträger	
Land *	Keine Elemente ausgewählt.
Name des Trägers	Text einfügen.
Strasse	Text einfügen.
Ort	Text einfügen.
Postleitzahl	Text einfügen.
Region	Text einfügen.
Telefon	Text einfügen.
Fax	Text einfügen.
Email	Text einfügen.

0. Fallinformationen

0.1. Absenderland	(CH) Schweiz
0.2 Fallnummer bei dem Absenderträger *	756.XXXX.XXXX.XX
0.3 Name des Absenderträgers	Text einfügen.
0.4 Empfängerland *	Keine Elemente ausgewählt.
0.5 Fallnummer bei dem Empfängerträger (wenn bekannt)	Text einfügen.
0.6 Name des Empfängerträgers	Text einfügen.

1. Lokale Aktenzeichen

1.1. Lokales Aktenzeichen

1.1.1. Land	(CH) Schweiz
1.1.2. Aktenzeichen *	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3. Träger	
1.1.3.1. Träger-ID	<i>Automatische Ausfüllung</i>
1.1.3.2. Name des Trägers	<i>Automatische Ausfüllung</i>

2. Personen

2.1. Person

2.1.1. Identifizierung der Person

2.1.1.1. Familienname(n) *	Text einfügen.
2.1.1.2. Vorname(n) *	Text einfügen.
2.1.1.3. Geburtsdatum *	Datum einfügen.
2.1.1.4. Geschlecht *	Keine Elemente ausgewählt.
2.1.1.5. Familienname(n) bei der Geburt	Text einfügen.
2.1.1.6. Vorname(n) bei der Geburt	Text einfügen.
2.1.1.7. PIN der Person bei jedem Träger	

2.1.1.7.1. Persönliche Identifikationsnummer(n)

2.1.1.7.1.1. Land	Keine Elemente ausgewählt.
2.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN)	Text einfügen.
2.1.1.7.1.3. Sektor	Keine Elemente ausgewählt.
2.1.1.7.1.4. Träger	
2.1.1.7.1.4.1. Träger-ID	Text einfügen.
2.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	Text einfügen.

2.1.1.8. Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen

2.1.1.8.1. Geburtsort

2.1.1.8.1.1. Ort	Text einfügen.
2.1.1.8.1.2. Region	Text einfügen.
2.1.1.8.1.3. Land	Keine Elemente ausgewählt.
2.1.1.8.2. Geburtsname des Vaters	Text einfügen.
2.1.1.8.3. Vorname des Vaters	Text einfügen.
2.1.1.8.4. Geburtsname der Mutter	Text einfügen.
2.1.1.8.5. Vorname der Mutter	Text einfügen.

2.1.2. Zusätzliche Angaben zur Person

2.1.2.1. Status der Person * Keine Elemente ausgewählt.

2.1.2.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Sonstiges » für Punkt 2.1.2.1. ausgewählt haben.

2.1.2.2.1. Sonstiger Status der Person	Text einfügen.
2.1.2.3. Staatsangehörigkeit	Keine Elemente ausgewählt.

2.1.2.4. Frühere(r) Familienname(n)

2.1.2.4.1. Frühere(r) Familienname(n)

2.1.2.4.1.1. Frühere(r) Familienname(n)	Text einfügen.
---	----------------

2.1.2.5. Frühere(r) Vorname(n)

2.1.2.5.1. Früherer Vornamen

2.1.2.5.1.1. Früherer Vornamen Text einfügen.

2.1.2.6. Derzeitiger Familienstand Keine Elemente ausgewählt.

2.1.2.7. Sterbedatum Datum einfügen.

2.1.3. Letzte bekannte Anschriften der Person

2.1.3.1. Angaben zur letzten bekannten Anschrift der Person

2.1.3.1.1. Art der Anschrift Keine Elemente ausgewählt.

2.1.3.1.2. Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn Sie « Sonstiges » für Punkt 2.1.3.1.1. ausgewählt haben.

2.1.3.1.2.1. Bitte «Sonstiges» beschreiben Text einfügen.

2.1.3.1.3. Anschrift

2.1.3.1.3.1. Strasse Text einfügen.

2.1.3.1.3.2. Gebäudename/-bezeichnung Text einfügen.

2.1.3.1.3.3. Ort Text einfügen.

2.1.3.1.3.4. Postleitzahl Text einfügen.

2.1.3.1.3.5. Region Text einfügen.

2.1.3.1.3.6. Land Keine Elemente ausgewählt.

3. Art des Ersuchens

3.1. Art des Ersuchens * *Endgültig*

4. Nicht geschuldete Leistungen

4.1. Leistungsart * Keine Elemente ausgewählt.

4.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Sonstige Leistung » für Punkt 4.1. ausgewählt haben.

4.2.1. Art der sonstigen Leistungen * Text einfügen.

5. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Endgültig » für Punkt 3.1 ausgewählt haben.

5.1. Überzahlungszeiträume

5.1.1. Überzahlungszeitraum

5.1.1.1. Zeitraum

5.1.1.1.1. Datum Beginn *

Datum einfügen.

5.1.1.1.2. Datum Ende *

Datum einfügen.

5.1.1.2. Datum der Entscheidung *

Datum einfügen.

5.1.1.3. Überzahlungsgrund *

Keine Elemente ausgewählt.

5.1.1.4. Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn Sie « Sonstiges » für Punkt 5.1.1.3. ausgewählt haben.

5.1.1.4.1. Sonstiger Grund *

Text einfügen.

5.2. Zahlungsbetrag

5.2.1. Überzahlter Betrag für den gesamten Zeitraum

5.2.1.1. Betrag *

Wert einfügen.

5.2.1.2. Währung

(CHF) Schweizer Franken

5.2.2. Einzelheiten zu überzahlten Beträgen

5.2.2.1. Einzelheiten zum überzahlten Betrag

5.2.2.1.1. Beginndatum

Datum einfügen.

5.2.2.1.2. Weitere Angaben

5.2.2.1.2.1. Rhythmus

Keine Elemente ausgewählt.

5.2.2.1.2.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Sonstiges » für Punkt 5.2.2.1.2.1. ausgewählt haben.

5.2.2.1.2.2.1. Sonstiger Zahlungsrhythmus

Text einfügen.

5.2.2.1.2.3. Anzahl der Zeiteinheiten

Text einfügen.

5.2.2.1.2.4. Betrag je Zeiteinheit

5.2.2.1.2.4.1. Betrag

Text einfügen.

5.2.2.1.2.4.2. Währung

Keine Elemente ausgewählt.

5.3. Einbehalt der Leistung

5.3.1. Leistungsart Keine Elemente ausgewählt.

5.3.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Sonstige Leistung » für Punkt 5.3.1. ausgewählt haben.

5.3.2.1. Art der sonstigen Leistungen Text einfügen.

5.4. Einbehalt von nachzuzahlenden Beträgen

5.4.1. Einbehalt von nachzuzahlenden Beträgen möglich Keine Elemente ausgewählt.

5.4.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Ja » für Punkt 5.4.1. ausgewählt haben.

5.4.2.1. Ausführliche Informationen über Einbehalt von nachzuzahlenden Beträgen

5.4.2.1.1. Ausführliche Informationen über Einbehalt von nachzuzahlenden Beträgen

5.4.2.1.1.1. Beginndatum Datum einfügen.

5.4.2.1.1.2. Weitere Angaben

5.4.2.1.1.2.1. Rhythmus Keine Elemente ausgewählt.

5.4.2.1.1.2.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Sonstiges » für Punkt 5.4.2.1.1.2.1. ausgewählt haben.

5.4.2.1.1.2.2.1. Sonstiger Zahlungsrhythmus Text einfügen.

5.4.2.1.1.2.3. Anzahl der Zeiteinheiten Text einfügen.

5.4.2.1.1.2.4. Betrag je Zeiteinheit

5.4.2.1.1.2.4.1. Betrag Text einfügen.

5.4.2.1.1.2.4.2. Währung Keine Elemente ausgewählt.

5.5. Einbehalt von laufenden Zahlungen

5.5.1. Einbehalt generell möglich Keine Elemente ausgewählt.

5.5.2. Ausführliche Informationen zum Einbehalt von laufenden Zahlungen

5.5.2.1. Rhythmus Keine Elemente ausgewählt.

5.5.2.2. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Sonstiges » für Punkt 5.5.2.1. ausgewählt haben.

5.5.2.2.1. Sonstiger Zahlungsrhythmus Text einfügen.

5.5.2.3. Anzahl der Zeiteinheiten Text einfügen.

5.5.2.4. Betrag je Zeiteinheit

5.5.2.4.1. Betrag Text einfügen.

5.5.2.4.2. Währung Keine Elemente ausgewählt.

6. Zusätzliche Informationen

6.1. Zusätzliche Informationen Text einfügen.

7. Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn Sie « Endgültig » für Punkt 3.1. ausgewählt haben.

7.1. Bankverbindung

7.1.1. SEPA-Bankdaten *

7.1.1.1. IBAN * Text einfügen.

7.1.1.2. BIC-SWIFT * Text einfügen.

7.1.2. Name der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers * Text einfügen.

7.1.3. Zahlungsreferenz * Text einfügen.

7.1.4. Anschrift der Bank des Empfängers

7.1.4.1. Strasse Text einfügen.

7.1.4.2. Gebäudename/-bezeichnung Text einfügen.

7.1.4.3. Ort Text einfügen.

7.1.4.4. Postleitzahl Text einfügen.

7.1.4.5. Region Text einfügen.

7.1.4.6. Land Keine Elemente ausgewählt.

R_BUC_03: Verrechnung von vorläufig gezahlten Leistungen

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 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--- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
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 ---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	---
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	<input type="radio"/> [01] Wohnstaat <input type="radio"/> [02] Aufenthaltsstaat <input type="radio"/> [03] Kontaktadresse <input type="radio"/> [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 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--- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
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---
2.1.1.1.1.1 Familienname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
2.1.1.1.1.2 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 ---Vervollständigen Sie hier---
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 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 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--- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
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 ---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	
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---
<u>3.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
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 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.XXXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Träger	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.4.2.1. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
<u>4.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
4.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.1.8.1.1.1. 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---
4.1.1.1.8. 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 checked="" type="radio"/> [03] Ratenzahlung <input type="radio"/> [04] Letzte Rate
5.1.2.2 Datum der Zahlung	Datum wählen
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---

BUC_R_04: Verrechnung von vorläufig gezahlten Beiträgen

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--- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
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 ---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	
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---
<u>3.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
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>4.1.1.1.8 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 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--- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
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	<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.XXXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Träger	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.1.1. 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>4.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
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---

4.1.1.1.8. 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 ---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 ---Vervollständigen Sie hier---
- 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 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 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--- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
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 ---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.5 Familienname(n) bei der Geburt	---Vervollständigen Sie hier---
3.1.1.1.6 Vorname(n) bei der Geburt	
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---
<u>3.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
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 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---
4.3.1.1.7.1.1.1. Land	CH
4.3.1.1.7.1.2.1. Träger-ID	---Vervollständigen Sie hier---
4.3.1.1.7.1.4.2. Name des Trägers	---Vervollständigen Sie hier---
<u>4.1.1.1.8 Wenn nicht für jeden Träger eine PIN vorliegt, bitte folgende Angaben machen</u>	
4.1.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
4.1.1.1.8.1.1.1. 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---
4.1.1.1.8. 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 type="radio"/> [04] Letzte Rate
5.1.2.2 Datum der Zahlung	Datum wählen
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---

BUC_R_05: Auskunftersuchen

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

1. Aktenzeichen	
1.1.1. Absenderland	CH
1.1.2 Aktenzeichen beim absendenden Träger¹	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Name der versendenden Institution	.....
1.1.1. Empfängerland²	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.2 Aktenzeichen beim empfangenden Träger² (falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
1.1.3.2. Name der empfangenden Institution	.....

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

2. Die Art der Forderung	
2.1 Art des Antrags	<input checked="" type="radio"/> [01] Beiträge <input type="radio"/> [02] Ungerechtfertigte Leistungen
2.2 Branchencode ⁴ ↻	<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---

3.1. Der Antrag betrifft	<input checked="" 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.

4. Erklärung ⁵	
4.1 Erklärung	<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 überschritten.
4.3 Der Gesamtbetrag (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
4.4.1. Betrag	---Vervollständigen Sie hier---
4.4.2. Währung ⁸	Wählen Sie ein Element.

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

Bitte füllen Sie das Folgende aus, wenn die unter "Der Antrag betrifft" = "Betroffene Person" getroffene Auswahl :	
5.1.1. Betroffene Person ↻	
5.1.1.1 Identifikation der Person	
5.1.1.1.1. Nachname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
5.1.1.1.2. Vorname(n)	---Vervollständigen Sie hier---
5.1.1.1.3. Geburtsdatum*	---[DD/MM/YYYY]---

5.1.1.1.4. Geschlecht	<input type="radio"/> [01] Männlich <input type="radio"/> [02] Weiblich <input type="radio"/> [98] Unbekannt
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.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	.....
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 Geburt ¹¹	
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	<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--- ---Vervollständigen Sie hier--- ---Vervollständigen Sie hier--- ---Vervollständigen Sie hier--- ---Vervollständigen Sie hier---
5.1.1.3.1.3.1. Strasse	
5.1.1.3.1.3.3. Stadt	
5.1.1.3.1.3.4. Postleitzahl	
5.1.1.3.1.3.5. Region ¹⁶	
5.1.1.3.1.3.6. Land	

• **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

- [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 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

6.2.2.1.1. 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.XXXXX.XX
6.3.1.1.7.1.4.2. Name der ausstellenden Institution	.....
6.3.1.1.7.1 Empfängerland	---Vervollständigen Sie hier---
6.3.1.1.7.1.2. Persönliche Identifikationsnummer (PIN) in der empfangenden Einrichtung.(falls bekannt)	---Vervollständigen Sie hier---
6.3.1.1.7.1.4.2. Name der empfangenden Institution	.....
6.3.1.1.8. Wenn die PIN nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus.	
6.3.1.1.8.1. Geburtsort	
6.3.1.1.8.1.1. Stadt (Wenn nicht bekannt, geben Sie ' Unbekannt' ein)	---Vervollständigen Sie hier---
6.3.1.1.8.1.3. Land	---Vervollständigen Sie hier---
6.3.1.2 Zusätzliche Informationen über die Person	
6.3.1.2.1. Status der betroffenen Person	Wählen Sie ein Element.

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

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

BUC_R_06: Zustellungsersuchen

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 beigegeführten 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 code]
1.1.1.Land	--- Hier ausfüllen --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]

1. Aktenzeichen	
1.1.1. Absenderland	CH
1.1.2 Aktenzeichen beim absendenden Träger¹	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	<input type="radio"/> [01] Beiträge <input type="radio"/> [02] Ungerechtfertigte Leistungen
2.2 Branchencode ⁴ ↻	<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---

3.1. Der Antrag betrifft	<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.

4. Erklärung⁵	
4.1 Erklärung	<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 überschritten.
4.3 Der Gesamtbetrag (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
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

- [01] Männlich
 [02] Weiblich
 [98] Unbekannt

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.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

.....

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

- [01] Land des Wohnsitzes
 [02] Land des Aufenthalts
 [03] Kontaktadresse der Person
 [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. 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

- [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 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

6.2.2.1.1. 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.XXXXX.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	<input type="checkbox"/> [01] Verwaltungsentscheidung <input type="checkbox"/> [02] Gerichtliche Entscheidung <input type="checkbox"/> [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	<input type="radio"/> [01] Persönlich an Adressat <input type="radio"/> [02] Anders: ---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 des Verwaltungs- oder Gerichtsentscheids

Die AK 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 AK zurückgeschickt.

BUC_R_07: Beitreibungersuchen

Anweisungen 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 Durchführungsbestimmungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme 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):

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]
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 --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Telefon	--- Hier ausfüllen ---
Fax	--- Hier ausfüllen ---
E-Mail	--- Hier ausfüllen ---

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---
1.1.3.2. Name der empfangenden Institution	.....

2.1. Art des Antrags ³	<input checked="" type="radio"/> [01] Beitreibung
	<input type="radio"/> [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 ⁴	
3.1 Erklärung	
3.1.1. Die Forderung und/oder der Vollstreckungstitel	<input checked="" type="radio"/> [01] Nicht bestritten werden
	<input type="radio"/> [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.	<input checked="" type="radio"/> [01] Ja
	<input type="radio"/> [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)	<input checked="" type="radio"/> [01] Ja
	<input type="radio"/> [02] Nein
3.2. Der Gesamtbetrag (einschliesslich Zinsen, Bussgeldern, Strafen und/oder Kosten) beläuft sich auf: ⁶	<input checked="" type="radio"/> [01] gleich oder höher als 350 EUR
	<input type="radio"/> [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 Forderung⁷

4.1. Art des Antrags [01] Beiträge
 [02] Ungerechtfertigte Leistungen


4.2 Branchencode⁸

[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 Person⁹

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. Region¹⁶

---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 ¹⁷

---Vervollständigen Sie hier---

7.1.2. Identifikationsnummern

7.1.2.1.1. Identifikationsnummer des Arbeitgebers beim ausstellenden Träger¹⁸

---Vervollständigen Sie hier---

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 ¹⁶

---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---

7.3.1. Betroffene Person

7.3.1.1 Identifikation der Person

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

- [01] Männlich
- [02] Weiblich
- [98] Unbekannt

7.3.1.1.7.1. Persönliche Identifikationsnummer(n)

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	.....

7.3.1.1.8. Wenn die PIN nicht für jede Institution verfügbar ist, füllen Sie bitte Folgendes aus.

7.3.1.1.8.1. Geburtsort

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---

7.3.1.2 Zusätzliche Informationen über die Person

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.

9. Die Forderung²⁹

9.1.1.1. Währung

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 ²⁸	---Dezimal---

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

9.1.1.3. Zeitraum³⁰

9.1.1.3.1. Datum des Beginns	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.1.3.2. Datum des Endes	---[DD/MM/YYYY]---

9.1.1.4. Betrag in der Währung des absendenden Instituts

9.1.1.4.1. Betrag in der Hauptsomme ³¹	---Dezimal---
9.1.1.4.2 Zinsen ³²	---Dezimal---
9.1.1.4.3. Bussgelder ³³	---Dezimal---
9.1.1.4.4. Administrative Strafen ³⁴	---Dezimal---
9.1.1.4.5 Sonstige Aufwendungen/Kosten ³⁵	---Dezimal---
9.1.1.4.6. Gesamtbetrag ³⁶	---Dezimal---

9.1.1.5. Betrag in der Währung des Empfangerinstituts

9.1.1.5.1. Betrag in der Hauptsomme ³¹	---Dezimal---
9.1.1.5.2 Zinsen ³²	---Dezimal---
9.1.1.5.3. Bussgelder ³³	---Dezimal---
9.1.1.5.4. Administrative Strafen ³⁴	---Dezimal---
9.1.1.5.5 Sonstige Kosten/Gebühren ³⁵	---Dezimal---
9.1.1.4.6. Gesamtbetrag ³⁶	---Dezimal---

9.1.2 Identifikation der Forderung

9.1.2.1. Datum des Vollstreckungstitels ³⁷	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.2 Datum der Mitteilung ³⁸	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.3 Datum, ab dem die Ausführung möglich ist ³⁹	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.4. Letzter Tag der Verjährungsfrist ⁴⁰	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.5. Referenz zur Identifizierung des Vollstreckungstitels ⁴¹	---Vervollständigen Sie hier---

10. Gesamtbetrag⁴²

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 Empfangerinstituts ---Dezimal---

11. Andere nützliche Informationen⁴³

11.1 Information

---Vervollständigen Sie hier---

12.1 Annahme einer Ratenzahlung⁴⁴

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 Bankverbindung⁴⁵

Name der Bank⁴⁶

---Vervollständigen Sie hier---

12.2.1.1. Internationale Bankkontonummer (IBAN)⁴⁷

---Vervollständigen Sie hier---

12.2.1.2. Bank Identifier Code (BIC)⁴⁸

---Vervollständigen Sie hier---

12.2.2. Name des Kontoinhabers⁴⁹

---Vervollständigen Sie hier---

12.2.3 Zahlungsreferenz für die Weiterleitung⁵⁰

---Vervollständigen Sie hier---

12.2.4. Adresse der Empfängerbank⁵¹

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 Region¹⁴

---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:

- mit dem Original beglaubigte Kopie des Vollstreckungstitels mit dem Datum der Rechtskraft, Stempel und Unterschrift der AK.
- Wenn es weitere Belege (z.B. Mahnungen) gibt, 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 AK zurückgeschickt.

Verfahren in der FZR und der VS:

- Sobald die Unterlagen eingegangen sind, prüft die FZR, ob alle relevanten Informationen vorhanden sind, und leitet sie dann über EESSI an die zuständige VS für die Eintreibung weiter.
- Die ausländische VS nimmt die Beitreibung nach den nationalen Rechtsvorschriften vor.
- Nach Abschluss der Prozedur übermittelt die VZ ihre Antwort an die FZR mittels des Formulars R018.
- Das Formular R018 wird von der FZR an die AK weitergeleitet.
- Die Überweisung der Forderung, sofern eine solche besteht, erfolgt durch die Buchhaltungsabteilung der ZAS auf das im Formular R017 angegebene Konto der AK.
- Der Fall ist von Seiten der FZR abgeschlossen.

Zuständigkeit:

- Die AK 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 ebenfalls in ihren Zuständigkeitsbereich.
- Die FZR ist dafür zuständig, die von den AK erhaltenen Daten über EESSI an die ausländischen VS weiterzuleiten und das Ergebnis (einschliesslich der erhaltenen Beträge) im Rahmen der Beitreibung an die AK zu übermitteln.