



23.01.2023

Bulletin à l'intention des caisses de compensation AVS et des organes d'exécution des PC No 463

Entraide administrative européenne : extension de l'échange électronique

Le Bulletin AVS/PC No 452 informait les caisses de compensation sur la possibilité de charger la Centrale de compensation (CdC) de l'encaissement transfrontalier de créances de cotisations, puisqu'il suppose un échange électronique de données avec l'étranger au moyen d'EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information).

Les règles européennes de coordination prévoient que lorsqu'il y a un désaccord entre deux États sur le système de sécurité sociale applicable, un organisme de sécurité sociale perçoit provisoirement des cotisations ou verse provisoirement des prestations. S'il s'avère qu'il n'était pas compétent pour les prestations, les cotisations déjà payées doivent être versées directement à l'institution déterminée comme compétente ou les prestations doivent être compensées avec les paiements rétroactifs ou les prestations en cours versés par l'institution déterminée comme compétente. Désormais, ces processus sont également disponibles sous forme électronique (R_BUC_03 et R_BUC_04). De telles demandes peuvent être transmises par la caisse de compensation à la CdC. Si de telles demandes proviennent de l'étranger, la CdC les transmet à la caisse de compensation compétente par le même biais que pour les autres R_BUC.

La CdC a établi des directives correspondantes pour la mise en œuvre organisationnelle (cf. annexe "Directives Recovery pour les caisses de compensation"). Celles-ci ont été actualisées en vue des nouveaux processus commerciaux.

Renseignement

Le service de l'Entraide Administrative Internationale (EAI) de la CdC se tient à votre disposition pour répondre à vos questions ou clarifier certains détails : recovery_eai@zas.admin.ch



Lignes directrices « Recovery » pour les caisses de compensation AVS

Date : 22.12.2022

Pour : Caisses de compensation cantonales / Caisses de compensation professionnelles

1. Contexte

Le projet EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information), qui permettra l'échange électronique d'informations sur les assurances sociales entre la Caisse suisse de compensation (CdC) et les organismes de liaison (OL) de l'UE/AELE, est en passe d'être mis en œuvre.

En attendant qu'une autre solution soit disponible à la CdC, une solution électronique temporaire utilisant le logiciel RINA est utilisée pour échanger des informations entre la section Entraide Administrative Internationale (EAI) respectivement le service contentieux de l'unité Finance et Registres Centraux (FRC) de la CdC et les OL étrangers pour le compte des caisses de compensation suisses (CC) pour trois types spécifiques de demandes dans le cadre du recouvrement (Recovery). Il est en outre possible de réclamer des prestations en espèces versées à titre provisoire auprès de l'institution finalement compétente à l'étranger ou de demander à une institution provisoirement compétente qui a perçu des cotisations de les transférer.

2. BUC_R_05 : Demande d'informations

Le [BUC_R_05](#) est utilisé pour demander des informations sur un débiteur (personne ou employeur) ou sur les biens du débiteur dans l'État requis afin d'aider au recouvrement d'une dette. Cela ne concerne que les créances qui ont déjà été établies. La créance ne doit pas dater de plus de cinq ans (conformément à l'article 82(1)(b) du règlement (CE) n° 987/2009¹) et le montant doit être supérieur au seuil minimal de 350 EUR (sauf accord bilatéral contraire).

Une caisse de compensation (CC) qui souhaite déclencher une demande de type BUC_R_05 auprès d'un OL étranger compétent transmet le [formulaire WORD R012](#) rempli avec les éventuelles annexes y relatives à l'EAI en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Des instructions détaillées sur la manière de remplir le [formulaire WORD R012](#) sont disponibles dans les instructions R012, qui font partie intégrante des présentes directives.

Les CC sont chargées de rassembler les documents nécessaires à la demande de renseignements et de vérifier la concordance des informations contenues dans les différents documents. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou si l'annexe n'est pas complète, ils ne seront pas traités par l'EAI mais renvoyés à la CC.

L'EAI est chargée de transmettre la demande au moyen du formulaire européen [R012 \(demande d'information\)](#) par RINA à l'OL compétente à l'étranger. L'OL lui répond par le formulaire européen [R014 \(réponse à une demande d'information\)](#), que l'EAI transmet à la CC par IncaMail (courriel sécurisé). La procédure est ainsi terminée.

3. BUC_R_06 : Demande de notification

¹ SR 0.831.109.268.11

Le [BUC_R_06](#) permet à une institution d'un État de demander à une institution d'un autre État de notifier au débiteur un acte ou une décision concernant une créance et/ou son recouvrement. Il doit être utilisé lorsque la notification directe au débiteur n'est pas possible.

Le formulaire de demande R015 doit préciser le mode de notification (au destinataire en personne ou par un autre moyen) et le type de document à notifier (décision administrative ou judiciaire). Les États membres ne sont pas tenus d'accorder une assistance si la créance date de plus de cinq ans ou si le montant est inférieur à 350 EUR (sauf si un accord administratif en dispose autrement). Le formulaire de réponse indique alors si la signification ou la notification a eu lieu ou non, et si oui, quand et comment.

Une caisse de compensation (CC) qui souhaite déclencher une demande de type [BUC_R_06](#) auprès de l'OL étranger compétent transmet le [formulaire WORD R015](#) complété avec les annexes correspondantes, notamment une copie scannée de la décision administrative ou judiciaire, à l'EAI en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Pour obtenir des instructions détaillées sur la manière de remplir le [formulaire WORD R015](#), veuillez consulter les instructions R015, qui font partie intégrante des présentes directives.

Les CC sont chargées de rassembler les documents nécessaires et de vérifier la cohérence des informations contenues dans les différents documents. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou si l'annexe n'est pas complète, ils ne sont pas traités par l'AIH mais renvoyés à la CC.

L'EAI est chargée de transmettre la demande au moyen du formulaire européen [R015 \(demande de notification\)](#) par RINA à l'OL compétent à l'étranger. L'OL étranger lui répond par le formulaire européen [R016 \(réponse avec informations sur les mesures prises\)](#), que l'EAI transmet à la CC par IncaMail (courriel sécurisé) standard. La procédure est ainsi terminée.

4. [BUC_R_07](#) : Demande de recouvrement

Avec [BUC_R_07](#), une institution d'un État peut demander à une institution d'un autre État de recouvrer une créance de sécurité sociale auprès d'un débiteur qui y est domicilié. Les conditions des articles 71 et suivants du règlement (CE) n° 987/2009 doivent être remplies. Les conditions précises figurent dans les instructions Guide R017, qui font partie intégrante des présentes directives.

Une caisse de compensation (CC) qui souhaite déclencher une demande de type [BUC_R_07](#) auprès de l'OL étranger compétent transmet le [formulaire WORD R017](#) complété avec les annexes correspondantes (en particulier le titre exécutoire) au FRC en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_cc@zas.admin.ch.

Une copie du titre exécutoire doit être jointe à l'envoi. Il doit

- être certifiée conforme ; en règle générale, la mention "copie certifiée conforme" avec signature devrait suffire ;
- contenir une confirmation du caractère exécutoire ; à cet effet, la mention " [nom de l'institution], décision entrée en force le [date] " devrait suffire.

Il est possible que l'institution étrangère doive faire reconnaître le titre exécutoire dans le cadre d'une procédure nationale. En règle générale, la preuve de la notification est nécessaire à cet effet. Il est conseillé de l'envoyer avec la demande.

Les CC sont chargées de vérifier le droit de recouvrer la créance, de rassembler les documents nécessaires et de remplir le formulaire R017. La vérification de l'exactitude des informations contenues dans les différents documents relève également de leur compétence. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou si l'annexe n'est pas complète, ils ne sont pas traités par le FRC, mais renvoyés à la CC.

Le FRC est chargé de transmettre les documents reçus des CC au moyen du formulaire européen [R017 \(demande de recouvrement\)](#) par RINA aux OLs étrangers compétents. L'OL étranger procède au

recouvrement selon son droit national. Elle répond au FRC au moyen du formulaire **R018 (réponse à une demande de recouvrement)**, que celui-ci transmet à la CC par IncaMail (courriel sécurisé). Le virement, pour autant que la créance ait pu être recouvrée au moins partiellement, est effectué par le service comptable de la CdC sur le compte de la CC indiqué dans le formulaire R017. La procédure est ainsi terminée.

5. BUC_R_03 : Compensation des prestations versées à titre provisoire

En cas de divergence de vues entre deux États au sujet du régime de sécurité sociale applicable, une institution peut verser des prestations à titre provisoire sur la base de l'article 6 du règlement n° 987/2009. S'il s'avère qu'elle n'était pas compétente pour verser les prestations, celles-ci peuvent être déduites des arriérés ou des prestations en cours versés par l'institution reconnue comme compétente.

Avec le **BUC_R_03**, une institution qui a payé des prestations à titre provisoire peut demander la compensation des prestations avec les prestations à payer par l'institution finalement désignée comme compétente. Pour ce faire, l'institution doit établir un décompte et le transmettre à l'institution désignée comme compétente au plus tard trois mois après la détermination de la législation applicable (en règle générale, à partir de la délivrance de l'attestation A1). Si une compensation est possible, l'institution verse le montant à l'institution qui a versé les prestations en espèces à tort.

Une caisse de compensation (CC) qui souhaite déclencher une demande de type BUC_R_03 auprès de l'OL étranger compétent transmet le **formulaire WORD R008** rempli avec les éventuelles annexes y relatives à l'EAI en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Des instructions détaillées sur la manière de remplir le **formulaire WORD R008** sont disponibles dans les instructions R008, qui font partie intégrante des présentes directives.

Les CC sont chargées de rassembler les documents nécessaires à la demande de compensation et de vérifier la cohérence des informations contenues dans les différents documents. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou si l'annexe n'est pas complète, ils ne seront pas traités par la CIH mais renvoyés à la CC.

L'AIH est chargée de transmettre la demande au moyen du formulaire européen **R008 (demande de remboursement de prestations versées à titre provisoire)** par RINA à l'OL compétent à l'étranger. L'OL lui répond par le formulaire européen **R009 (réponse avec informations sur les prestations à payer définitivement)**, Il est possible que l'organisme étranger envoie également un **R004 (confirmation de paiement)**. Celle-ci est transmise par l'OAI à la CC par IncaMail (courriel sécurisé). La procédure est ainsi terminée.

Lorsque l'AIH reçoit une demande de compensation de type BUC_R_03 de l'étranger, elle transmet le formulaire européen **R008 (demande de remboursement de prestations versées à titre provisoire)** par IncaMail (courriel sécurisé) à la CC compétente. Celle-ci est chargée de vérifier si une compensation est possible. La CC transmet ensuite le **formulaire WORD R009** complété avec les éventuelles annexes y afférentes à l'EAI en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Si un paiement est effectué à l'étranger, le **formulaire WORD R004 (confirmation de paiement)** doit également être envoyé. Des instructions détaillées sur la manière de remplir le **formulaire WORD R009** et **R004** sont disponibles dans les instructions R008 et R004, qui font partie intégrante des présentes directives.

L'AIH est chargée de transmettre la réponse au moyen du formulaire européen **R009 (réponse avec informations sur les prestations définitives à verser)** et éventuellement du formulaire **R004 (confirmation de paiement)** par RINA à l'OL compétent à l'étranger. La procédure est ainsi terminée.

6. BUC_R_04 : compensation des cotisations versées à titre provisoire

En cas de divergence de vues entre deux États sur le régime de sécurité sociale applicable, une institution peut procéder à un recouvrement provisoire de cotisations sur la base de l'article 6 du règlement n°

987/2009. S'il s'avère qu'elle n'était pas compétente pour les cotisations, les cotisations déjà versées peuvent être transmises à l'institution compétente.

Avec [BUC_R_04](#), l'institution finalement reconnue comme compétente peut demander à l'institution qui a perçu des cotisations à titre provisoire de procéder au décompte des cotisations. Pour ce faire, l'institution compétente doit établir un décompte et le transmettre à l'institution qui a retenu des cotisations à titre provisoire au plus tard trois mois après la détermination de la législation applicable (en règle générale à partir de la délivrance de l'attestation A1). Si une compensation est possible, l'institution transfère le montant à l'institution compétente pour le recouvrement des cotisations.

Les cotisations ainsi transférées sont considérées comme versées rétroactivement à l'institution reconnue comme compétente.

Si le montant des cotisations perçues à titre provisoire est supérieur au montant dû à l'institution compétente, l'excédent doit être remboursé à la personne physique ou morale concernée.

Une caisse de compensation (CC) qui souhaite déclencher une demande de type [BUC_R_04](#) auprès de l'OL étranger compétent transmet le [formulaire WORD R010](#) dûment rempli avec les éventuelles annexes y relatives à l'EAI en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Des instructions détaillées sur la manière de remplir le [formulaire WORD R010](#) sont disponibles dans les instructions R010, qui font partie intégrante des présentes directives.

Les CC sont chargées de rassembler les documents nécessaires à la demande de compensation et de vérifier la cohérence des informations contenues dans les différents documents. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou si l'annexe n'est pas complète, ils ne seront pas traités par l'EAI mais renvoyés à la CC.

L'EAI est chargée de transmettre la demande au moyen du formulaire européen **R010 (demande de remboursement des cotisations versées à titre provisoire)** par RINA à l'OL compétent à l'étranger. L'OL lui répond par le formulaire européen **R011 (réponse avec le montant des cotisations remboursables)**. Il est possible que l'organisme étranger envoie également un **R004 (confirmation de paiement)**. Celui-ci est transmis par l'EAI à la CC par IncaMail (courriel sécurisé). La procédure est ainsi terminée.

Si l'EAI reçoit une demande de compensation de type [BUC_R_04](#) de l'étranger, elle transmet le formulaire européen **R010 (demande de remboursement des cotisations versées à titre provisoire)** par IncaMail (courriel sécurisé) à la CC compétente. Celle-ci est chargée de vérifier si une compensation est possible. La CC transmet ensuite le [formulaire WORD R011](#) dûment rempli avec les éventuelles annexes y afférentes à l'EAI en envoyant un IncaMail (courriel sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Si un paiement est effectué à l'étranger, le [formulaire WORD R004 \(confirmation de paiement\)](#) doit également être envoyé. Des instructions détaillées sur la manière de remplir le [formulaire WORD R011](#) et [R004](#) sont disponibles dans les instructions R008 et R004, qui font partie intégrante des présentes directives.

L'AIH est chargée de transmettre la réponse au moyen du formulaire européen **R011 (réponse avec le montant des cotisations remboursables)** ou le formulaire **R004 (confirmation de paiement)** par RINA à l'OL compétent à l'étranger. La procédure est ainsi terminée.

7. Soutien

En cas de difficultés avec [BUC_R_05](#), [BUC_R_06](#), [BUC_R_03](#), ou [BUC_R_04](#), l'EAI est à votre disposition par e-mail à l'adresse suivante : recovery_eai@zas.admin.ch.

En cas de difficultés avec le [BUC_R_07](#), le FRC est à votre disposition par e-mail à l'adresse suivante: recovery_cc@zas.admin.ch.

Formulaire R004

8. Le formulaire doit être complété en conformité avec, notamment, les art. 71ss du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R004 doivent concorder avec la décision de base, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R004 :

- points obligatoires (en **jaune** dans le formulaire):
- points recommandés (en **bleu** dans le formulaire):

Nombre d'annexes:	--- Compléter ici ---
Date de l'envoi:	---[DD/MM/YYYY]---

Institution expéditrice:	
Code du pays*	CH
Code de l'institution*	--- Compléter ici ---
Dénomination de l'institution*	Centrale de compensation
Rue	Av. Edmond-Vaucher 18
Ville	Genève
Code postal	1203
Région	
Pays	CH
Téléphone	0041 22 795 91 11
Télécopie	0041 22 795 97 04
Courriel	sedmaster@zas.admin.ch
Institution destinataire:	
Code du pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Dénomination de l'institution	--- Compléter ici ---
Rue	--- Compléter ici ---
Ville	--- Compléter ici ---
Code postal	--- Compléter ici ---
Région	--- Compléter ici ---
Pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Téléphone	--- Compléter ici ---
Télécopie	--- Compléter ici ---
Courriel	--- Compléter ici ---

1. Numéros de dossier	
1.1.1. Pays expéditeur	CH
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice¹	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Nom de l'institution expéditeur	---Compléter ici---
1.1.1. Pays destinataire²	---Compléter ici---

1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire ² (si connu)	---Compléter ici---
1.1.3.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---

2. Concerne	
2.1. Concerne	<input checked="" type="radio"/> [01] Personne concernée <input type="radio"/> [02] Employeur

• **Veillez compléter ce qui suit si : "Concerne" = "Personne concernée"**

3. Identité de la personne concernée	
3.1.1 Personne concernée⁹	
3.1.1.1.1. Nom de famille(s)	---Compléter ici---
3.1.1.1.2. Prénom(s)	---Compléter ici---
3.1.1.1.3 Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
3.1.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input checked="" type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
3.1.1.1.5 Nom(s) de famille de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.6 Prénom(s) de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution	
3.1.1.1.7.1.1. Pays expéditeur	CH
3.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays expéditeur (PIN)	756.XXXXX.XXXX.XX
3.1.1.1.7.1.4.1. Numéro d'identification de l'institution	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution expéditrice	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.1. Pays destinataire	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays destinataire (si connu)	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---
3.1.1.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
3.1.1.1.8.1.1. Ville de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.8.1.3. Pays	---Compléter ici---

3.1.1.1.8.2 Informations supplémentaires sur la personne

3.1.1.1.8.2.1 Statut de la personne concernée ---Choisir ici---
Si autre : ---Compléter ici---

• S'il s'agit d'un employeur, les informations quant à l'employeur

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "La demande concerne" = "Employeur" :

4.1. Employeur

4.1.1 Dénomination de l'employeur ---Compléter ici---

4.1.2. Numéros d'identification

4.1.2.1 Numéro d'identification de l'employeur auprès de l'institution émettrice ---Compléter ici---

4.1.2.2. Type

[01] Identification/Immatriculation

[02] Sécurité sociale

[03] Fiscal

[98] Inconnu

4.1.3. Adresse

4.1.3.1. Rue ---Compléter ici---

4.1.3.2. Nom du bâtiment ---Compléter ici---

4.1.3.3. Ville ---Compléter ici---

4.1.3.4. Code postal ---Compléter ici---

4.1.3.5. Région ---Compléter ici---

4.1.3.6. Pays ---Compléter ici---

4.2. Personne ou section responsable

4.2.1. Numéro de téléphone +41 00 000 0000

4.2.2 Adresse de courrier électronique ---Compléter ici---

4.2.3 Personne ou section responsable ---Compléter ici---

4.3.1. Personne concernée

4.3.1.1. Identification de la personne

4.3.1.1.1. Nom(s) de famille ---Compléter ici---

4.3.1.1.2 Prénom(s) ---Compléter ici---

4.3.1.1.3. Date de naissance ---[DD/MM/YYYY]---

4.3.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input checked="" type="radio"/> [98] Inconnu
4.3.1.1.7.1. Numéro(s) personnel(s) d'identification	
4.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
4.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution émettrice.	756.XXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution émettrice	---Compléter ici---
4.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
4.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution destinataire.	---Compléter ici---
4.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---
4.3.1.1.8. Si le PIN n'est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit	
4.3.1.1.8.1. Lieu de naissance	
4.3.1.1.8.1.1. Ville (Si ce n'est pas connu, mettre ' Inconnu')	---Compléter ici---
4.3.1.1.8.1.3. Pays	---Compléter ici---
4.3.1.1.8.1.4 Dernière adresse connue de la personne concernée	
4.3.1.1.8.1.5 Type d'adresse	---Choisir ici---
4.3.1.1.8.1.6 Adresse	---Compléter ici---
4.3.1.1.8 Informations supplémentaires sur la personne	
4.3.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici--- Si autre : ---Compléter ici---
4.4.1.2. Informations complémentaires concernant la personne	
4.4.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici---

5. Paiements	
5.1 Motif du versement	[01] Remboursement de cotisations versées à titre provisoire
5.1.2 Données concernant le versement	
5.1.2.1 Type de versement	<input type="radio"/> [01] Versement intégral <input type="radio"/> [02] Versement en partie <input type="radio"/> [03] Paiement échelonné <input checked="" type="radio"/> [04] Dernière tranche

5.1.2.2 Date de versement	11.11.2022
5.1.1.1.2. Monnaie de l'institution destinataire	---Choisir ici---
5.1.1.1.3 Montant	---Compléter ici---
5.1.1.1.4 Référence du paiement à utiliser lors du transfert de la somme en cause *	---Compléter ici---
6.1 Informations Complémentaires	---Compléter ici---

Formulaire R008

Le formulaire doit être complété en conformité avec, notamment, les art. 71ss du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R008 doivent concorder avec la décision de base, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R008 :

- points obligatoires (en **jaune** dans le formulaire):
- points recommandés (en **bleu** dans le formulaire):

Nombre d'annexes:	--- Compléter ici ---
Date de l'envoi:	---[DD/MM/YYYY]---

Institution expéditrice:	
Code du pays	CH
Code de l'institution
Dénomination de l'institution	Centrale de compensation
Rue	Av. Edmond-Vaucher 18
Ville	Genève
Code postal	1203
Région	
Pays	CH
Téléphone	0041 22 795 91 11
Télécopie	0041 22 795 97 04
Courriel	sedmaster@zas.admin.ch
Institution destinataire:	
Code du pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Dénomination de l'institution	--- Compléter ici ---
Rue	--- Compléter ici ---
Ville	--- Compléter ici ---
Code postal	--- Compléter ici ---
Région	--- Compléter ici ---
Pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Téléphone	--- Compléter ici ---
Télécopie	--- Compléter ici ---
Courriel	--- Compléter ici ---

1. Numéros de dossier	
1.1.1. Pays expéditeur	CH
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3 Nom de l'institution expéditeur	---Compléter ici---
1.1.1. Pays destinataire	---Compléter ici---

1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire(si connu)	---Compléter ici---
1.1.3.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---

2. Identité de la personne concernée

2.1 Personne concernée⁹

2.1.1.1 Nom de famille(s) ---Compléter ici---

2.1.1.2. Prénom(s) ---Compléter ici---

2.1.1.3 Date de naissance ---[DD/MM/YYYY]---

2.1.1.4. Sexe

[01] Masculin

[02] Féminin

[98] Inconnu

2.1.1.5 Nom(s) de famille de naissance ---Compléter ici---

2.1.1.6 Prénom(s) de naissance ---Compléter ici---

2.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution

2.1.1.7.1 Pays expéditeur CH

2.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays expéditeur (PIN) 756.XXXX.XXXX.XX

2.1.1.7.1.3 Numéro d'identification de l'institution ---Compléter ici---

2.1.1.7.1.4 Nom de l'institution expéditrice ---Compléter ici---

2.1.1.7.1.5 Pays destinataire ---Compléter ici---

2.1.1.7.1.6 Numéro personnel d'identification du pays destinataire (si connu) ---Compléter ici---

2.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire ---Compléter ici---

2.1.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:

2.1.1.8.1 Ville de naissance ---Compléter ici---

2.1.1.8.1.2. Pays ---Compléter ici---

2.1.3.1 Dernière adresse connue de la personne concernée

2.1.3.1.1 Type d'adresse ---Choisir ici---

2.1.3.1.2 Adresse ---Compléter ici---

2.1.3.1.3 Pays ---Compléter ici---

2.1.2. Informations supplémentaires sur la personne

2.1.2.1. Statut de la personne concernée ---Choisir ici---

Si autre : ---Compléter ici---

3. Décision relative à l'institution compétent

3.1 Date détermination de la compétence ---Compléter ici---

3.2 Date laquelle cette demande doit être faite ---Compléter ici---

4. Décision relative à l'institution compétent

4.1 Nature des prestations Choisissez un élément.

4.2 Veuillez compléter ce qui suit si : « Nature des prestations »= Autre Prestations

4.2.1 Type d'autres prestations ---Compléter ici---

5. Période du paiement provisoire

5.1 Date de début ---Compléter ici---

5.2 Date de fin ---Compléter ici---

6. Décision relative à l'institution compétent

6.1 Montant ---Compléter ici---

6.2 Devise ---Choisir ici---

7. Coordonnées bancaires

7.1 Coordonnées bancaires SEPA

7.1.1 IBAN ---Compléter ici---

7.1.2 BIC-SWIFT ---Compléter ici---

7.2. Nom du titulaire du compte ---Compléter ici---

7.3 Référence du paiement ---Compléter ici---

7.4 Adresse de la banque bénéficiaire

7.4.1. Rue ---Compléter ici---

7.4.2. Nom du bâtiment ---Compléter ici---

7.4.3. Ville ---Compléter ici---

7.4.4. Code postal ---Compléter ici---

7.4.5. Région ---Compléter ici---

7.4.6. Pays ---Compléter ici---

8.1 Informations Complémentaires

---Compléter ici---

Formulaire R009

Le formulaire doit être complété en conformité avec, notamment, les art. 71ss du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R009 doivent concorder avec la décision de base, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R009:

- points obligatoires (en **jaune** dans le formulaire):
- points recommandés (en **bleu** dans le formulaire):

Nombre d'annexes:	--- Compléter ici ---
Date de l'envoi:	---[DD/MM/YYYY]---

Institution expéditrice:	
Code du pays*	CH
Code de l'institution*
Dénomination de l'institution*	Centrale de compensation
Rue	Av. Edmond-Vaucher 18
Ville	Genève
Code postal	1203
Région	
Pays	CH
Téléphone	0041 22 795 91 11
Télécopie	0041 22 795 97 04
Courriel	sedmaster@zas.admin.ch
Institution destinataire:	
Code du pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Dénomination de l'institution	--- Compléter ici ---
Rue	--- Compléter ici ---
Ville	--- Compléter ici ---
Code postal	--- Compléter ici ---
Région	--- Compléter ici ---
Pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Téléphone	--- Compléter ici ---
Télécopie	--- Compléter ici ---
Courriel	--- Compléter ici ---

1. Numéros de dossier	
1.1.1. Pays expéditeur	CH
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice'	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Nom de l'institution expéditeur

1.1.1. Pays destinataire ²	---Compléter ici---
1.1.2 Numéroté du dossier auprès de l'institution destinataire ² (si connu)	---Compléter ici---
1.1.3.2. Nom de l'institution destinataire

2. Identité de la personne concernée

2.1 Personne concernée⁹

2.1.1.1 Nom de famille(s)	---Compléter ici---
2.1.1.2. Prénom(s)	---Compléter ici---
2.1.1.3 Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
2.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
2.1.1.5 Nom(s) de famille de naissance	---Compléter ici---
2.1.1.6 Prénom(s) de naissance	---Compléter ici---

2.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution

2.1.1.7.1 Pays expéditeur	CH
2.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays expéditeur (PIN)	756.XXXXX.XXXXX.XX
2.1.1.7.1.3 Numéro d'identification de l'institution *	---Compléter ici---
2.1.1.7.1.4 Nom de l'institution expéditrice	---Compléter ici---
2.1.1.7.1.5 Pays destinataire	---Compléter ici---
2.1.1.7.1.6 Numéro personnel d'identification du pays destinataire (si connu)	---Compléter ici---
2.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---

2.1.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:

2.1.1.8.1 Ville de naissance	---Compléter ici---
2.1.1.8.1.2. Pays	---Compléter ici---
2.1.3.1 Dernière adresse connue de la personne concernée	
2.1.3.1.1 Type d'adresse	---Choisir ici---
2.1.3.2.1 Adresse	---Compléter ici---
2.1.2. Informations supplémentaires sur la personne	
2.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici---

Si autre : ---Compléter ici---

3. Droit aux prestations

3.1 Droit aux prestations

[1] Oui

[2] Non

3.2 La demande a-t-elle été introduite dans la période des 3 mois?

[1] Oui

[2] Non

4. Veuillez compléter ce qui suit si: "Droit aux prestations" = "Oui" et si "La demande a-t-elle été introduite dans la période des 3 mois?" = "Oui"

4.1 4.1. Droit aux arriérés de la prestation correspondante

[1] Oui

[2] Non

4.2. Veuillez compléter ce qui suit si: "Droit aux arriérés de la prestation correspondante" = "Oui"

4.2.1 Période du droit aux arriérés

4.2.1 Date de début

---Compléter ici---

4.2.2 Date de fin

---Compléter ici---

4.2.2. Montant total des arriérés

4.2.2.1. Montant

---Compléter ici---

4.2.2.2. Devise

---Choisir ici---

4.2.3. Le montant des arriérés couvre la totalité du paiement provisoire

[1] Oui

[2] Non

5. Veuillez compléter ce qui suit si: "Droit aux arriérés de la prestation correspondante" = "Non" ou si "Le montant des arriérés couvre la totalité du paiement provisoire" = "Non"

5.1. Déduction périodique possible sur les paiements courants

[1] Oui

[2] Non

5.2. Veuillez compléter "Déduction périodique possible sur les paiements courants" = "Oui" [SED]

5.2.1.1. Type de prestations pour laquelle une déduction est possible sur les paiements courants [SED]

5.2.1.1.1. Nature de prestations desquelles une retenue de paiements est possible [SC]

5.2.1.1.1.1. Nature des prestations Choisissez un élément.

5.2.1.1.1.2. Veuillez compléter ce qui suit si: "Nature des prestations" = "Autre prestation" [SC]

5.2.1.1.1.2.1. Type d'autres prestations ---Compléter ici---

5.2.1.1.2. Institution compétente pour la retenue sur les paiements courants

[01] Institution émettrice

[99] Autre(s) institution(s)

5.2.1.1.3. Montant périodique

5.2.1.1.3.1. Fréquence

[01] Par jour

[02] Par semaine

[03] Par mois

[99] Autre(s)

5.2.1.1.3.2. Veuillez compléter ce qui suit si: "Fréquence" = "Autre(s)" [SC]

5.2.1.1.3.2.1. Autre fréquence des versements ---Compléter ici---

5.2.1.1.3.3. Nombre d'unités périodiques ---Compléter ici---

5.2.1.1.3.4. Montant par unité

5.2.1.1.3.4.1. Montant ---Compléter ici---

5.2.1.1.3.4.2. Devise ---Compléter ici---

5.2.1.1.4. Veuillez compléter ce qui suit si: "Institution compétente pour la retenue sur les paiements courants" = "Autre(s) institution(s)" [SED]

5.2.1.1.4.1. Autres institutions compétentes pour les paiements courants [SED]

5.2.1.1.4.1.1. Autre institution compétente pour les paiements courants [CC]

5.2.1.1.4.1.1.1. Numéro d'identification de l'institution ---Compléter ici---

5.2.1.1.4.1.1.2. Nom de l'institution ---Compléter ici---

8.1 Informations Complémentaires

---Compléter ici---

Formulaire R010

Le formulaire doit être complété en conformité avec, notamment, les art. 71ss du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R010 doivent concorder avec la décision de base, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R010 :

- points obligatoires (en **jaune** dans le formulaire):
- points recommandés (en **bleu** dans le formulaire):

Nombre d'annexes:	--- Compléter ici ---
Date de l'envoi:	---[DD/MM/YYYY]---

Institution expéditrice:	
Code du pays*	CH
Code de l'institution*
Dénomination de l'institution*	Centrale de compensation
Rue	Av. Edmond-Vaucher 18
Ville	Genève
Code postal	1203
Région	
Pays	CH
Téléphone	0041 22 795 91 11
Télécopie	0041 22 795 97 04
Courriel	sedmaster@zas.admin.ch
Institution destinataire:	
Code du pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Dénomination de l'institution	--- Compléter ici ---
Rue	--- Compléter ici ---
Ville	--- Compléter ici ---
Code postal	--- Compléter ici ---
Région	--- Compléter ici ---
Pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Téléphone	--- Compléter ici ---
Télécopie	--- Compléter ici ---
Courriel	--- Compléter ici ---

1. Numéros de dossier	
1.1.1. Pays expéditeur	CH
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice'	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Nom de l'institution expéditeur	--- Compléter ici ---

1.1.1. Pays destinataire ²	---Compléter ici---
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire ² (si connu)	---Compléter ici---
1.1.3.2. Nom de l'institution destinataire	--- Compléter ici ---

2. Concerne	
2.1. Concerne	<input checked="" type="radio"/> [01] Personne concernée <input type="radio"/> [02] Employeur

• **Veillez compléter ce qui suit si : "Concerne" = "Personne concernée"**

3. Identité de la personne concernée	
3.1.1 Personne concernée⁹	
3.1.1.1.1. Nom de famille(s)	---Compléter ici---
3.1.1.1.2. Prénom(s)	---Compléter ici---
3.1.1.1.3 Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
3.1.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
3.1.1.1.5 Nom(s) de famille de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.6 Prénom(s) de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution	
3.1.1.1.7.1.1. Pays expéditeur	CH
3.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays expéditeur (PIN)	756.XXXXX.XXXX.XX
3.1.1.1.7.1.4.1. Numéro d'identification de l'institution *	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution expéditrice	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.1. Pays destinataire	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays destinataire (si connu)	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire
3.1.1.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
3.3.1.1.8.1. Lieu de naissance	

3.1.1.1.8.1.1. Ville de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.8.1.3. Pays	---Compléter ici---
3.1.1.1.8.1.4 Dernière adresse connue de la personne concernée	
3.1.1.1.8.1.5 Type d'adresse	---Choisir ici---
3.1.1.1.8.1.6 Adresse	---Compléter ici---
3.1.1.1.8 Informations supplémentaires sur la personne	
3.1.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici---
	Si autre : ---Compléter ici---

• **S'il s'agit d'un employeur, les informations quant à l'employeur**

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "La demande concerne" = "Employeur" :

4.1. Employeur

4.1.1 Dénomination de l'employeur ---Compléter ici---

4.1.2. Numéros d'identification

4.1.2.1.1. Numéro d'identification de l'employeur auprès de l'institution émettrice¹⁸ ---Compléter ici---

4.1.2.1.2. Type

[01] Identification/Immatriculation

[02] Sécurité sociale

[03] Fiscal

[98] Inconnu

4.1.3. Adresse

4.1.3.1. Rue ---Compléter ici---

4.1.3.2. Nom du bâtiment ---Compléter ici---

4.1.3.3. Ville ---Compléter ici---

4.1.3.4. Code postal ---Compléter ici---

4.1.3.5. Région¹⁶ ---Compléter ici---

4.1.3.6. Pays ---Compléter ici---

4.2. Personne ou section responsable

4.2.2.1.1.2. Numéro de téléphone +41 00 000 0000

4.2.2.2.1.1. Adresse de courrier électronique ---Compléter ici---

4.3.1. Personne concernée

4.3.1.1. Identification de la personne

4.3.1.1.1. Nom(s) de famille	---Compléter ici---
4.3.1.1.2 Prénom(s)	---Compléter ici---
4.3.1.1.3. Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
4.3.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
4.3.1.1.7.1. Numéro(s) personnel(s) d'identification	
4.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
4.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution émettrice.	756.XXXX.XXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution émettrice	---Compléter ici---
4.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
4.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution destinataire.	---Compléter ici---
4.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---
4.3.1.1.8. Si le PIN n'est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit	
4.3.1.1.8.1. Lieu de naissance	
4.3.1.1.8.1.1. Ville (Si ce n'est pas connu, mettre ' Inconnu')	---Compléter ici---
4.3.1.1.8.1.3. Pays	---Compléter ici---
4.3.1.1.8.1.4 Dernière adresse connue de la personne concernée	
4.3.1.1.8.1.5 Type d'adresse	---Choisir ici---
4.3.1.1.8.1.6 Adresse	---Compléter ici---
4.3.1.1.8 Informations supplémentaires sur la personne	
4.3.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici---
	Si autre : ---Compléter ici---
4.4.1.2. Informations complémentaires concernant la personne	
4.3.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici---

5. Décision relative à l'institution compétent	
3.1 Date détermination de la compétence	---Compléter ici---
3.2 Date laquelle cette demande doit être faite	---Compléter ici---

6. Type de cotisations

6.1.1.1. Cotisation	Choisissez un élément.
6.1.1.2. Veuillez compléter ce qui suit si : "Cotisation" = "Autre(s)" [SC]	
6.1.1.2.1. Autre(s)	---Compléter ici---
6.1.1.3. Période de paiement des cotisations	
6.1.1.3.1. Date de début	---Compléter ici---
6.1.1.3.2. Date de fin	---Compléter ici---
6.1.1.4. Montant des cotisations	
6.1.1.4.1. Montant	---Compléter ici---
6.1.1.4.2. Devise de l'institution émettrice	---Compléter ici---
6.1.1.4.3. Montant de la part de l'employeur	---Compléter ici---
6.1.1.4.4. Montant de la part de la personne assurée	---Compléter ici---

7. Coordonnées bancaires	
7.1 Coordonnées bancaires SEPA	
7.1.1 IBAN	---Compléter ici---
7.1.2 BIC-SWIFT	---Compléter ici---
7.2. Nom du titulaire du compte	---Compléter ici---
7.3 Référence du paiement	---Compléter ici---
7.4 Adresse de la banque bénéficiaire	
7.4.1. Rue	---Compléter ici---
7.4.2. Nom du bâtiment	---Compléter ici---
7.4.3. Ville	---Compléter ici---
7.4.4. Code postal	---Compléter ici---
7.4.5. Région	---Compléter ici---
7.4.6. Pays	---Compléter ici---

Formulaire R011

Le formulaire doit être complété en conformité avec, notamment, les art. 71ss du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R011 doivent concorder avec la décision de base, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R011 :

- points obligatoires (en **jaune** dans le formulaire):
- points recommandés (en **bleu** dans le formulaire):

Nombre d'annexes:	--- Compléter ici ---
Date de l'envoi:	---[DD/MM/YYYY]---

Institution expéditrice:	
Code du pays*	CH
Code de l'institution*
Dénomination de l'institution*	Centrale de compensation
Rue	Av. Edmond-Vaucher 18
Ville	Genève
Code postal	1203
Région	
Pays	CH
Téléphone	0041 22 795 91 11
Télécopie	0041 22 795 97 04
Courriel	sedmaster@zas.admin.ch
Institution destinataire:	
Code du pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Dénomination de l'institution	--- Compléter ici ---
Rue	--- Compléter ici ---
Ville	--- Compléter ici ---
Code postal	--- Compléter ici ---
Région	--- Compléter ici ---
Pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]
Téléphone	--- Compléter ici ---
Télécopie	--- Compléter ici ---
Courriel	--- Compléter ici ---

1. Numéros de dossier	
1.1.1. Pays expéditeur	CH
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice'	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3.2. Nom de l'institution expéditeur

1.1.1. Pays destinataire ²	---Compléter ici---
1.1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire ² (si connu)	---Compléter ici---
1.1.3.2. Nom de l'institution destinataire

2. Concerne	
2.1. Concerne	<input checked="" type="radio"/> [01] Personne concernée <input type="radio"/> [02] Employeur

• **Veillez compléter ce qui suit si: "Concerne" = "Personne concernée"**

3. Identité de la personne concernée	
3.1.1 Personne concernée⁹	
3.1.1.1.1. Nom de famille(s)	---Compléter ici---
3.1.1.1.2. Prénom(s)	---Compléter ici---
3.1.1.1.3 Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
3.1.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input checked="" type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
3.1.1.1.5 Nom(s) de famille de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.6 Prénom(s) de naissance	---Compléter ici---
3.1.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution	
3.1.1.1.7.1.1. Pays expéditeur	CH
3.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays expéditeur (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
3.1.1.1.7.1.4.1. Numéro d'identification de l'institution	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution expéditrice	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.1. Pays destinataire	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays destinataire (si connu)	---Compléter ici---
3.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---
3.1.1.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
3.1.1.1.8.1.1. Ville de naissance	---Compléter ici---

3.1.1.1.8.1.3. Pays

---Compléter ici---

3.1.1.1.8.2 Informations supplémentaires sur la personne

3.1.1.1.8.2.1 Statut de la personne concernée

---Choisir ici---

Si autre : ---Compléter ici---

• S'il s'agit d'un employeur, les informations quant à l'employeur

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "La demande concerne" = "Employeur" :

4.1. Employeur

4.1.1 Dénomination de l'employeur

---Compléter ici---

4.1.2. Numéros d'identification

4.1.2.1 Numéro d'identification de l'employeur auprès de l'institution émettrice

---Compléter ici---

4.1.2.2. Type

[01] Identification/Immatriculation

[02] Sécurité sociale

[03] Fiscal

[98] Inconnu

4.1.3. Adresse

4.1.3.1. Rue

---Compléter ici---

4.1.3.2. Nom du bâtiment

---Compléter ici---

4.1.3.3. Ville

---Compléter ici---

4.1.3.4. Code postal

---Compléter ici---

4.1.3.5. Région

---Compléter ici---

4.1.3.6. Pays

---Compléter ici---

4.2. Personne ou section responsable

4.2.1. Numéro de téléphone

+41 00 000 0000

4.2.2 Adresse de courrier électronique

---Compléter ici---

4.2.3 Personne ou section responsable

---Compléter ici---

4.3.1. Personne concernée

4.3.1.1. Identification de la personne

4.3.1.1.1. Nom(s) de famille

---Compléter ici---

4.3.1.1.2 Prénom(s)	---Compléter ici---
4.3.1.1.3. Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
4.3.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
4.3.1.1.7.1. Numéro(s) personnel(s) d'identification	
4.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
4.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution émettrice.	756.XXXXX.XXXXX.XX
4.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution émettrice	---Compléter ici---
4.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
4.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution destinataire.	---Compléter ici---
4.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	---Compléter ici---
4.3.1.1.8. Si le PIN n'est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit	
4.3.1.1.8.1. Lieu de naissance	
4.3.1.1.8.1.1. Ville (Si ce n'est pas connu, mettre ' Inconnu')	---Compléter ici---
4.3.1.1.8.1.3. Pays	---Compléter ici---
4.3.1.1.8.1.4 Dernière adresse connue de la personne concernée	
4.3.1.1.8.1.5 Type d'adresse	---Choisir ici---
4.3.1.1.8.1.6 Adresse	---Compléter ici---
4.3.1.1.8 Informations supplémentaires sur la personne	
4.3.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici--- Si autre : ---Compléter ici---
4.4.1.2. Informations complémentaires concernant la personne	
4.4.1.2.1. Statut de la personne concernée	---Choisir ici---

5.1. La demande a-t-elle été introduite dans la période des 3 mois?	
	<input type="radio"/> [1] Oui <input type="radio"/> [0] Non
5.2. Veuillez compléter ce qui suit si: "La demande a-t-elle été introduite dans la période des 3 mois?" = "Oui"	
5.2.1. Type de cotisations	

5.2.1.1.[1]. Type de cotisations	
5.2.1.1.[1].1. Cotisation	Choisissez un élément.
5.2.1.1.[1].2. Veuillez compléter ce qui suit si: "Cotisation" = "Autre(s)"	
5.2.1.1.[1].2.1. Autre(s)	---Compléter ici---
5.2.1.1.[1].3. Période de paiement des cotisations	
5.2.1.1.[1].3.1. Date de début	---Compléter ici---
5.2.1.1.[1].3.2. Date de fin	---Compléter ici---
5.2.1.1.[1].4. Montant des cotisations	
5.2.1.1.[1].4.1. Montant	---Compléter ici---
5.2.1.1.[1].4.2. Devise de l'institution émettrice	---Choisir ici---
5.2.1.1.[1].4.3. Montant de la part de l'employeur	---Compléter ici---
5.2.1.1.[1].4.4. Montant de la part de la personne assurée	---Compléter ici---
5.3. Informations complémentaires	
5.3.1. Le montant des cotisations remboursables sera payé	
5.3.1.1. Montant pour l'institution compétente	---Compléter ici---
5.3.1.2. Montant pour la personne	---Compléter ici---
5.3.1.3. Informations complémentaires	---Compléter ici---
5.3.2. Le remboursement n'est pas possible	
5.3.2.1. Raison pour laquelle le remboursement n'est pas possible	---Compléter ici---
5.3.3. Si une autre institution est compétente, veuillez compléter la section suivante :	
5.3.3.1. Institutions compétentes	
5.3.3.1.1.[1]. Institution compétente	
5.3.3.1.1.[1].1. Numéro d'identification de l'institution	---Compléter ici---
5.3.3.1.1.[1].2. Nom de l'institution	---Compléter ici---