**Instructions Formulaire R015**

Le formulaire doit être rempli en conformité avec notamment l’art. 77 du Règlement (CE) no 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 R015 doivent concorder avec la décision administrative ou judiciaire, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R015 :

- 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\* | ………………………………… |
| 1.1.3.2 Dénomination de l'institution\* | Centrale de compensation |
| Rue | Av. Edmond-Vaucher 18 |
| Ville | Genève |
| Code postal | 1203 |
| Région |  |
| 1.1.1. Pays | CH |
| Téléphone | 0041 22 795 91 11 |
| Télécopie | 0041 22 795 97 04 |
| Courriel | sedmaster@zas.admin.ch |
|  |  |
| **Institution destinataire:** |
| 1.1.1.Code du pays | --- Compléter ici --- [[list ISO3166-1-alpha-2 code]](http://fr.wikipedia.org/wiki/ISO_3166-1) |
| 1.1.1.Pays | --- Compléter ici --- [[list ISO3166-1-alpha-2 code]](http://fr.wikipedia.org/wiki/ISO_3166-1) |

|  |
| --- |
| **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 | ………………………… |
| 1.1.1. Pays destinataire2 | ---Compléter ici--- |
| 1.1.2Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire2 (si connu) | ---Compléter ici--- |
| 1.1.3.2. Nom de l’institution destinataire | ………………………… |

* La nature de la créance : Préciser s’il s’agit de contributions (cotisations) ou de prestations indues et préciser la/les branches de sécurité sociale concernées (code branche).

|  |
| --- |
| **2. La nature de la créance**  |
| 2.1 Type de demande  |   |
| 2.2 Code branche4⭮  | [ ]  [01] Maladie [ ]  [02] Pension[ ]  [03] Chômage [ ]  [04] Maladie professionnelle et accident du travail[ ]  [05] Prestations familiales [ ]  [99] Autre(s) : ---Compléter ici--- |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1. La demande concerne** |  |

* Les déclarations : elles doivent être cochées correctement et correspondre à la réalité du dossier. Les demandes datant de plus de 5 ans (date du titre exécutoire) ne sont pas acceptées.

|  |
| --- |
| **4. Déclaration**5  |
| 4.1 Déclaration |    |
| 4.3 Le montant total (les intérêts, les amendes, les pénalités et/ou les frais afférents inclus) s'élève à: |    |
| 4.4.1. Montant  | ---Compléter ici--- |
| 4.4.2. Devise8  | ---Choisir ici--- |

* L’identité de la personne concernée (notamment le nom de famille, le prénom et la date de naissance, la nationalité et toute information à disposition)

|  |
| --- |
| **Veuillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "La demande concerne" = "Personne concernée" :**  |
| **5.1.1. Personne concernée**⭮  |
| **5.1.1.1. Identification de la personne** |
| 5.1.1.1.1. Nom(s) de famille | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.1.2. Prénom(s)  | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.1.3. Date de naissance\* | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| 5.1.1.1.4. Sexe  |   |
| **5.1.1.1.7.1 numéro(s) personnel(s) d’identification**  |
| 5.1.1.1.7.1.1. Pays émetteur | CH |
| 5.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d’identification (PIN) auprès de l'institution émettrice. | 756.XXXX.XXXX.XX |
| 5.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l’institution émettrice | ………………………… |
| 5.1.1.1.7.1.1. Pays destinataire | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d’identification (PIN) dans l’institution destinataire.(si connu) | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l’institution destinataire | ………………………… |
|  |  |
| **5.1.1.1.8. Si le pin n’est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit:** |
| 5.1.1.1.8.1. Lieu de naissance11 |
| 5.1.1.1.8.1.1. Ville (si pas connu, mettre “Inconnu”) | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.1.8.1.3. Pays de naissance | ---Compléter ici--- |
|  |
| **5.1.1.2. Informations complémentaires concernant la personne** |
| 5.1.1.2.1. Statut de la personne concernée | ----Choisir ici---Si autre : ---Compléter ici--- |
| **5.1.1.3. Dernières adresses connues de la personne concernée** |
| 5.1.1.3.1.1. Type d’adresse |    : ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.3.1.3.1. Rue | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.3.1.3.3. Ville | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.3.1.3.4. Code postal | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.3.1.3.5. Région16 | ---Compléter ici--- |
| 5.1.1.3.1.3.6. Pays | ---Compléter ici--- |

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

|  |
| --- |
| **Veuillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "La demande concerne" = "Employeur" :**  |
| **6.1. Employeur** |
| 6.1.1 Dénomination de l'employeur17  | ---Compléter ici--- |
| **6.1.2. Numéros d’identification** |
| 6.1.2.1.1. Numéro d'identification de l'employeur auprès de l'institution émettrice18 | ---Compléter ici--- |
| 6.1.2.1.2. Type |     |
| **6.1.3. Adresse** |
| 6.1.3.2. Nom du bâtiment | ---Compléter ici--- |
| 6.1.3.1. Rue | ---Compléter ici--- |
| 6.1.3.3. Ville | ---Compléter ici--- |
| 6.1.3.4. Code postal | ---Compléter ici--- |
| 6.1.3.5. Région 16 | ---Compléter ici--- |
| 6.1.3.6. Pays | ---Compléter ici--- |
|  |  |
| **6.2. Personne ou section responsable** |
| 6.2.2.1.1.2. Numéro de téléphone | +41 00 000 0000 |
| 6.2.2.2.1.1. Adresse de courrier électronique | ---Compléter ici--- |
|  |  |
| **6.3.1. Personne concernée** |
| **6.3.1.1. Identification de la personne** |
| 6.3.1.1.1. Nom(s) de famille | ---Compléter ici--- |
| 6.3.1.1.2 Prénom(s)  | ---Compléter ici--- |
| 6.3.1.1.3. Date de naissance | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| 6.3.1.1.4. Sexe  |   |
| **6.3.1.1.7.1. Numéro(s) personnel(s) d’identification**  |
| 6.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur | CH |
| 6.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d’identification (PIN) auprès de l'institution émettrice. | 756.XXXX.XXXX.XX |
| 6.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l’institution émettrice | ………………………… |
| 6.3.1.1.7.1.1 Pays destinataire | ---Compléter ici--- |
| 6.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d’identification (PIN) dans l’institution destinataire.(si connu) | ---Compléter ici--- |
| 6.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l’institution destinataire | ………………………… |
| **6.3.1.1.8. Si le PIN n’est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit****6.3.1.1.8.1. Lieu de naissance** |
| 6.3.1.1.8.1.1. Ville (Si ce n’est pas connu, mettre ‘ Inconnu’) | ---Compléter ici--- |
| 6.3.1.1.8.1.3. Pays | ---Compléter ici--- |
| **6.3.1.2. Informations complémentaires concernant la personne** |
| 6.3.1.2.1. Statut de la personne concernée | ---Choisir ici--- |

|  |
| --- |
| **8. Document à notifier**  |
| 7.1 Type de document à notifier  | [ ]  [01] Décision administrative[ ]  [02] Décision judiciaire[ ]  [99] Autres : ---Compléter ici--- |

* Formulaire de notification: Cocher/sélectionner la case appropriée pour préciser comment le document doit être notifié. La mention «Autrement» inclut la notification par courrier recommandé ne pouvant être remis au destinataire en personne bien que la livraison à l'adresse indiquée soit attestée par une signature.

|  |  |
| --- | --- |
| **8.1. Formulaire de notification**21  |   ---Compléter ici---  |

|  |  |
| --- | --- |
| 9.1 Date limite de notification22  | ---[DD/MM/YYYY]--- |

|  |
| --- |
| Signature de l'institution émettrice: |
| Date | ---[DD/MM/YYYY]--- |
| Signature | Cachet |
|  |  |

**Les pièces jointes:**

Les pièces suivantes doivent impérativement être transmises avec le formulaire R015 :

* Copie scannée de la demande de créance
* Copie scannée de la décision administrative ou judiciaire

Les CC sont tenues à garder les originaux.

Si le formulaire n’est pas correctement rempli et les pièces justificatives pas complètes, ils ne seront pas traités et seront retourné à la caisse de compensation.