



19.06.2024

Bulletin à l'intention des caisses de compensation AVS et des organes d'exécution des PC No 488

Entraide administrative européenne en matière de recouvrement : l'échange électronique encore élargi

Les Bulletin AVS/PC No 452 et No 463 informaient les caisses de compensation sur les possibilités de charger la Centrale de compensation (CdC) du recouvrement de créances de cotisations dans l'UE/AELE ainsi que des demandes de compensation en matière de prestations/cotisations versées à titre provisoires.

Les règles de coordination européennes prévoient que les prestations indûment versées peuvent être compensées par des paiements rétroactifs ou des prestations en cours d'un État de l'UE/AELE, pour autant que les législations nationales respectives le permettent. Depuis le 6 mai 2024, ce processus est disponible sous forme électronique (R_BUC_01). De telles demandes peuvent être transmises par la caisse de compensation à la CdC, car cela présuppose un échange électronique avec l'étranger au moyen de l'EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information). Si de telles requêtes proviennent de l'étranger, la CdC les transmet à la caisse de compensation compétente, comme elle le fait 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 et comprennent le nouveau processus.

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 : 19.06.2024

Pour : Caisses de compensation cantonales / Caisses de compensation professionnelles

1. Contexte

Sous l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, la Suisse applique le règlement (CE) n° 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

La Centrale de compensation (CdC) est l'institution compétente pour échanger les formulaires européens sur la plateforme EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) avec les organismes de liaison (OL) de l'UE/AELE.

Dans le cadre du recouvrement (Recovery), la section Entraide Administrative Internationale (EAI) respectivement le service contentieux de l'unité Finance et Registres Centraux (FRC) de la CdC peut entreprendre des démarches pour le compte des caisses de compensation suisses (CC) pour les types de demandes suivantes :

- R_BUC_01 : Compensation du trop-perçu de prestations
- R_BUC_03 : Compensation des prestations versées à titre provisoire
- R_BUC_04 : Compensation des cotisations versées à titre provisoire
- R_BUC_05 : Demande d'informations
- R_BUC_06 : Demande de notification
- R_BUC_07 : Demande de recouvrement

2. R_BUC_01 : Compensation du trop-perçu de prestations

Le **R_BUC_01** permet à une institution d'un État membre de demander aux institutions compétentes des autres États membres de compenser ses prestations versées à tort avec leurs arriérés ou de leurs paiements en cours.

Les CC peuvent demander une compensation à l'étranger (suivant le Règlement (CE) n° 987/2009 : article 72, paragraphe 1) **uniquement si les critères suivants sont remplis :**

- **Une décision relative à une demande de restitution est entrée en force en Suisse, et**
- **Une compensation avec des arrérages ou des prestations en cours en Suisse est totalement ou partiellement impossible.**

L'assuré doit être avisé de la demande de compensation par la CC.

Les CC (compétence selon ch. 10144 et 1045 DR) ont deux options pour demander une compensation à un OL étranger en passant par l'EAI : au moment du déclenchement d'une rente étrangère, ou par la suite.

a. Procédure simultanée au déclenchement d'une rente étrangère

Les CC peuvent instruire des démarches auprès de l'OL étranger via l'EAI dans l'onglet divers de l'application **SWAP** en cochant la case suivante :

Motifs des retenues :

- Règlement (CE) n° 987/2009: article 72, paragraphe 1

Une CC qui souhaite déclencher une demande du type R_BUC_01 auprès d'un OL étranger transmet le [formulaire WORD R001](#) complété avec les éventuelles annexes y relatives à l'EAI via SWAP. Les instructions détaillées pour remplir le [formulaire WORD R001](#) se trouvent dans les instructions R001 qui font partie intégrante de ces lignes directrices.

Les CC sont compétentes pour rassembler les documents nécessaires pour la demande de compensation et pour vérifier la conformité des données figurant dans les divers documents. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou l'annexe n'est pas complète, ils ne seront pas traités par l'EAI mais seront retournés à la CC via SWAP.

Dans le domaine des **prestations complémentaires**, les CC peuvent demander des retenues d'arrérages de pension en vue d'une compensation de prestations indûment payées.

Les institutions du **chômage**, du **service social**, de la **maladie (LaMal)**, de l'**accident de travail**, ou des **allocations familiales** peuvent demander une compensation des arrérages à l'étranger via les CC pour autant que :

- la compensation avec les prestations ou rentes en Suisse est impossible ou incomplète
- la législation suisse permette la récupération des arrérages en Suisse, et
- l'institution compétente étrangère n'ait pas rendu sa décision et versé les arrérages à l'assuré.

Les demandes de compensation des assureurs privés (**assurance LCA**) ne peuvent pas être transmises via SWAP, car le règlement (CE) n° 987/2009 ne s'applique qu'aux organismes de sécurité sociale.

Les éventuels arrérages seront versés directement à l'institution qui souhaite compenser sa créance. Il faut indiquer le nom et les coordonnées bancaires de l'institution ayant droit dans la rubrique Observations et joindre les justificatifs détaillant le montant dû. **La demande de compensation doit être définitive.**

b. Procédure après le déclenchement d'une rente étrangère

En dehors des cas en cours dans SWAP, les CC peuvent aussi faire la demande avec la procédure décrite ci-dessous. **La demande de compensation doit être définitive et la décision entrée en force.**

Une CC qui souhaite déclencher une demande du type R_BUC_01 auprès d'un OL étranger en dehors de l'application SWAP transmet le [formulaire WORD R001](#) complété avec les éventuelles annexes y relatives à l'EAI en adressant un IncaMail (e-mail sécurisé) à recovery_eai@zas.admin.ch. Les instructions détaillées pour remplir [formulaire WORD R001](#) se trouvent dans les instructions R001 qui font partie intégrante de ces lignes directrices.

Les CC sont compétentes pour rassembler les documents nécessaires pour la demande de compensation et pour vérifier la conformité des données figurant dans les divers documents. Si le formulaire n'est pas correctement rempli ou l'annexe n'est pas complète, ils ne seront pas traités par l'EAI mais seront retournés à la CC.

L'EAI est chargée de transmettre la demande à l'OL à l'étranger au moyen du formulaire européen **R001 (Demande de déductions d'arriérés/de paiements en cours)** via eForm (EESSI). L'OL lui répond au

moyen du formulaire européen **R002 (Réponse à la demande de retenues sur les arriérés/paiements en cours)**, que l'EAI transmet par IncaMail (e-mail sécurisé) à la CC.

Après réception du **R002** par la CC il y a deux résultats possibles :

a) Une déduction en vertu de la législation de l'OL étranger est possible et l'OL déduira le trop-perçu comme convenu. Après avoir transféré l'argent, l'OL étranger informera l'EAI en envoyant un formulaire européen **R004 (Notification de paiement)**, que l'EAI transmet par IncaMail (e-mail sécurisé) à la CC. La procédure est ainsi terminée.

b) Une déduction en vertu de la législation de l'OL étranger n'est pas possible. La procédure est ainsi terminée.

3. R_BUC_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 **R_BUC_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 CC qui souhaite déclencher une demande de type **R_BUC_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 l'EAI mais renvoyés à la CC.

L'EAI est chargée de transmettre la demande au moyen du formulaire européen **R008 (demande de remboursement de prestations versées à titre provisoire)** par EESSI 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'EAI à la CC par IncaMail (courriel sécurisé). La procédure est ainsi terminée.

Lorsque l'EAI reçoit une demande de compensation de type **R_BUC_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 le **formulaire WORD R004** sont disponibles dans les instructions R008 et R004, qui font partie intégrante des présentes directives.

L'EAI 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 EESSI à l'OL compétent à l'étranger. La procédure est ainsi terminée.

4. R_BUC_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.

Par le **R_BUC_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 CC qui souhaite déclencher une demande de type **R_BUC_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 EESSI 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 **R_BUC_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 le **formulaire WORD R004** sont disponibles dans les instructions R011 et R004, qui font partie intégrante des présentes directives.

L'EAI 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 EESSI à l'OL compétent à l'étranger. La procédure est ainsi terminée.

5. R_BUC_05 : Demande d'informations

Le [R_BUC_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 CC qui souhaite déclencher une demande de type R_BUC_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 EESSI 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.

6. R_BUC_06 : Demande de notification

Le [R_BUC_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 CC qui souhaite déclencher une demande de type R_BUC_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'EAI mais renvoyés à la CC.

L'EAI est chargée de transmettre la demande au moyen du formulaire européen **R015 (demande de notification)** par EESSI 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.

¹ SR 0.831.109.268.11

7. R_BUC_07 : Demande de recouvrement

Avec [R_BUC_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 R017, qui font partie intégrante des présentes directives.

Une CC qui souhaite déclencher une demande de type R_BUC_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. Pour obtenir des instructions détaillées sur la manière de remplir le [formulaire WORD R017](#), veuillez consulter les instructions R017, qui font partie intégrante des présentes directives.

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 EESSI à l'OL étranger compétent. 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.

8. Assistance

En cas de difficulté pour les [R_BUC_01](#), [R_BUC_03](#), [R_BUC_04](#), [R_BUC_05](#), ou [R_BUC_06](#), l'EAI se tient à votre disposition par e-mail à l'adresse suivante : recovery_eai@zas.admin.ch.

En cas de difficultés avec le [R_BUC_07](#), le FRC se tient à votre disposition par e-mail à l'adresse suivante : recovery_cc@zas.admin.ch.

R_BUC_01 : Compensation du trop-perçu de prestations

Instructions Formulaire R001

Toutes les indications figurant dans le formulaire R001 doivent concorder avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points obligatoires sont marqués en **jaune** dans le formulaire R001.

Un cadre de tableau **bleu** signifie que la partie concernée du formulaire peut éventuellement être dupliquée afin d'être complétée plusieurs fois avec différentes informations.

Nombre d'annexes *	Insérer du texte.
Date de l'envoi *	Insérer une date.

Institution expéditrice	
Pays	(CH) Suisse
Dénomination de l'institution	Centrale de compensation (CdC)
Rue	Av. Edmond-Vaucher 18
Ville	Genève
Code postal	1203
Téléphone	+41 22 795 91 11
Télécopie	+41 22 795 97 04
Courriel	sedmaster@zas.admin.ch

Institution destinataire	
Pays *	Aucun élément sélectionné.
Dénomination de l'institution	Insérer du texte.
Rue	Insérer du texte.
Ville	Insérer du texte.
Code postal	Insérer du texte.
Région	Insérer du texte.
Téléphone	Insérer du texte.
Télécopie	Insérer du texte.
Courriel	Insérer du texte.

0. Informations sur le dossier

0.1. Pays expéditeur	(CH) Suisse
0.2 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice *	756.XXXX.XXXX.XX
0.3 Nom de l'institution	Insérer du texte.
0.4 Pays destinataire *	Aucun élément sélectionné.
0.5 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire (si connu)	Insérer du texte.
0.6 Nom de l'institution destinataire	Insérer du texte.

1. Numéros de dossier locaux

1.1. Numéro de dossier local

1.1.1. Pays	(CH) Suisse
1.1.2. Numéro de dossier *	756.XXXX.XXXX.XX
1.1.3 Institution	
1.1.3.1. Numéro d'identification de l'institution	<i>Remplissage automatique</i>
1.1.3.2. Nom de l'institution	<i>Remplissage automatique</i>

2. Personnes

2.1. Personne concernée

2.1.1. Identification de la personne

2.1.1.1. Nom(s) de famille *	Insérer du texte.
2.1.1.2. Prénom(s) *	Insérer du texte.
2.1.1.3. Date de naissance *	Insérer une date.
2.1.1.4. Sexe *	Aucun élément sélectionné.
2.1.1.5. Nom(s) de famille de naissance	Insérer du texte.
2.1.1.6. Prénom(s) de naissance	Insérer du texte.
2.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution	

2.1.1.7.1. Numéro(s) personnel(s) d'identification

- | | |
|--|----------------------------|
| 2.1.1.7.1.1. Pays | Aucun élément sélectionné. |
| 2.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) | Insérer du texte. |
| 2.1.1.7.1.3. Branche | Aucun élément sélectionné. |

2.1.1.7.1.4. Institution

- | | |
|---|-------------------|
| 2.1.1.7.1.4.1. Numéro d'identification de l'institution | Insérer du texte. |
| 2.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution | Insérer du texte. |

2.1.1.8. Si le PIN n'est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit

2.1.1.8.1. Lieu de naissance

- | | |
|---|----------------------------|
| 2.1.1.8.1.1. Ville | Insérer du texte. |
| 2.1.1.8.1.2. Région | Insérer du texte. |
| 2.1.1.8.1.3. Pays | Aucun élément sélectionné. |
| 2.1.1.8.2. Nom de famille de naissance du père | Insérer du texte. |
| 2.1.1.8.3. Prénom du père | Insérer du texte. |
| 2.1.1.8.4. Nom de famille de naissance de la mère | Insérer du texte. |
| 2.1.1.8.5. Prénom de la mère | Insérer du texte. |

2.1.2. Informations complémentaires concernant la personne

2.1.2.1. Statut de la personne concernée * Aucun élément sélectionné.

2.1.2.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre(s) » au point 2.1.2.1.

2.1.2.2.1. Autre statut de la personne * Insérer du texte.

2.1.2.3. Nationalité Aucun élément sélectionné.

2.1.2.4. Nom(s) de famille précédent(s)

2.1.2.4.1. Nom(s) de famille précédent(s)

2.1.2.4.1.1. Nom(s) de famille précédent(s) Insérer du texte.

2.1.2.5. Prénoms antérieurs

2.1.2.5.1. Prénom(s) précédent(s)

2.1.2.5.1.1. Prénom(s) précédent(s) Insérer du texte.

2.1.2.6. Situation familiale actuelle Aucun élément sélectionné.

2.1.2.7. Date du décès Insérer une date.

2.1.3. Dernières adresses connues de la personne concernée

2.1.3.1. Dernière adresse connue de la personne concernée

2.1.3.1.1. Type d'adresse Aucun élément sélectionné.

2.1.3.1.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre(s) » au point 2.1.3.1.1.

2.1.3.1.2.1. Autre type Insérer du texte.

2.1.3.1.3. Adresse

2.1.3.1.3.1. Rue Insérer du texte.

2.1.3.1.3.2. Nom du bâtiment Insérer du texte.

2.1.3.1.3.3. Ville Insérer du texte.

2.1.3.1.3.4. Code postal Insérer du texte.

2.1.3.1.3.5. Région Insérer du texte.

2.1.3.1.3.6. Pays Aucun élément sélectionné.

3. Type de demande

3.1. Type de demande *Définitive*

4. Prestations indues

4.1. Nature des prestations * Aucun élément sélectionné.

4.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre prestation » au point 4.1.

4.2.1. Type d'autres prestations * Insérer du texte.

5. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné

« Définitive » au point 3.1.

5.1. Périodes de versement des sommes en trop

5.1.1. Périodes de versement des sommes en trop

5.1.1.1. Période

5.1.1.1.1. Date de début *

Insérer une date.

5.1.1.1.2. Date de fin *

Insérer une date.

5.1.1.2. Date de la décision *

Insérer une date.

5.1.1.3. Motif du versement indu *

Aucun élément sélectionné.

5.1.1.4. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné

« Autre(s) » au point 5.1.1.3.

5.1.1.4.1. Autre motif *

Insérer du texte.

5.2. Montant du paiement

5.2.1. Montant payé en trop pour la période entière

5.2.1.1. Montant *

Insérer une valeur.

5.2.1.2. Devise

(CHF) Franc suisse

5.2.2. Informations détaillées à propos des montants versés en trop

5.2.2.1. Informations détaillées à propos du montant versé en trop

5.2.2.1.1. Date de début

Insérer une date.

5.2.2.1.2. Informations

5.2.2.1.2.1. Fréquence

Aucun élément sélectionné.

5.2.2.1.2.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre(s) » au point 5.2.2.1.2.1.

5.2.2.1.2.2.1. Autre fréquence des versements

Insérer du texte.

5.2.2.1.2.3. Nombre d'unités périodiques

Insérer du texte.

5.2.2.1.2.4. Montant par unité

5.2.2.1.2.4.1. Montant

Insérer du texte.

5.2.2.1.2.4.2. Devise

Aucun élément sélectionné.

5.3. Prestation pouvant faire l'objet d'une retenue	
5.3.1. Nature des prestations	Aucun élément sélectionné.
5.3.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre prestation » au point 5.3.1.	
5.3.2.1. Type d'autres prestations	Insérer du texte.
5.4. Retenue sur les arriérés	
5.4.1. Retenue possible sur arriérés	Aucun élément sélectionné.
5.4.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Oui » au point 5.4.1.	
5.4.2.1. Informations détaillées concernant les retenues sur arriérés	

5.4.2.1.1. Informations détaillées concernant la retenue sur arriérés	
5.4.2.1.1.1. Date de début	Insérer une date.
5.4.2.1.1.2. Informations	
5.4.2.1.1.2.1. Fréquence	Aucun élément sélectionné.
5.4.2.1.1.2.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre(s) » au point 5.4.2.1.1.2.1.	
5.4.2.1.1.2.2.1. Autre fréquence des versements	Insérer du texte.
5.4.2.1.1.2.3. Nombre d'unités périodiques	Insérer du texte.
5.4.2.1.1.2.4. Montant par unité	
5.4.2.1.1.2.4.1. Montant	Insérer du texte.
5.4.2.1.1.2.4.2. Devise	Aucun élément sélectionné.

5.5. Retenue sur les paiements courants	
5.5.1. Retenue possible en général	Aucun élément sélectionné.
5.5.2. Informations détaillées à propos de la retenue sur les paiements courants	
5.5.2.1. Fréquence	Aucun élément sélectionné.
5.5.2.2. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Autre(s) » au point 5.5.2.1.	
5.5.2.2.1. Autre fréquence des versements	Insérer du texte.
5.5.2.3. Nombre d'unités périodiques	Insérer du texte.
5.5.2.4. Montant par unité	
5.5.2.4.1. Montant	Insérer du texte.
5.5.2.4.2. Devise	Aucun élément sélectionné.

6. Informations complémentaires

6.1. Informations complémentaires

Insérer du texte.

7. Veuillez compléter ce qui suit si vous avez sélectionné « Définitive » au point 3.1.

7.1. Coordonnées bancaires

7.1.1. Coordonnées bancaires SEPA *

7.1.1.1. IBAN *

Insérer du texte.

7.1.1.2. BIC-SWIFT *

Insérer du texte.

7.1.2. Nom du titulaire du compte *

Insérer du texte.

7.1.3. Référence du paiement *

Insérer du texte.

7.1.4. Adresse de la banque bénéficiaire

7.1.4.1. Rue

Insérer du texte.

7.1.4.2. Nom du bâtiment

Insérer du texte.

7.1.4.3. Ville

Insérer du texte.

7.1.4.4. Code postal

Insérer du texte.

7.1.4.5. Région

Insérer du texte.

7.1.4.6. Pays

Aucun élément sélectionné.

R_BUC_03 : Compensation des prestations versées à titre provisoire

Instructions 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) n° 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	<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.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---

Instructions 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) n° 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 ¹	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. 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 ---Compléter ici---
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---

2.1.3.2.1 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]

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

5.2.1.1.4.1.1.1.1. Numéro d'identification de l'institution

---Compléter ici---

5.2.1.1.4.1.1.1.2. Nom de l'institution

---Compléter ici---

8.1 Informations Complémentaires

---Compléter ici---

Instructions Formulaire R004

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) n° 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 expéditrice ¹	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 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---
3.1.1.1.7.1.1.1. 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

- [01] Versement intégral
- [02] Versement en partie
- [03] Paiement échelonné
- [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---

R_BUC_04 : Compensation des cotisations versées à titre provisoire

Instructions 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) n° 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 ¹	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**
- [01] Personne concernée
- [02] Employeur

• Veuillez 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
	---Compléter ici---
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

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

4.2.2.1.1. 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 [01] Masculin

[02] Féminin

[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

4.3.1.2.1. 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---

Instructions 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) n° 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 ¹	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

- Veuillez 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---
3.1.1.1.7.1.1.1. 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.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---

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

[1] Oui

[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---

Instructions Formulaire R004

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) n° 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*	.....
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 ¹	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 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 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

- [01] Versement intégral
- [02] Versement en partie
- [03] Paiement échelonné
- [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---

R_BUC_05 : Demande d'informations

Instructions Formulaire R012

Le formulaire doit être rempli en conformité à l'art. 76 du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R012 doivent concorder avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R012 :

- 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 émettrice:	
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:	
1.1.1. Pays	---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	.....
1.1.1. Pays destinataire²	---Compléter ici---
1.1.2 Numéro 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	<input type="radio"/> [01] Cotisations <input type="radio"/> [02] Prestations indues
2.2 Code branche ⁴	<input type="checkbox"/> [01] Maladie <input type="checkbox"/> [02] Pension <input type="checkbox"/> [03] Chômage <input type="checkbox"/> [04] Maladie professionnelle et accident du travail <input type="checkbox"/> [05] Prestations familiales <input type="checkbox"/> [99] Autre(s) : ---Compléter ici---

3.1. La demande concerne	<input type="radio"/> [01] Personne concernée <input type="radio"/> [02] Employeur
---------------------------------	---

- 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. Déclaration⁵	
4.1 Déclaration	<input checked="" type="radio"/> [01] Le délai de cinq ans applicable à la créance en vertu de l'article 82, paragraphe 1, point b), du règlement (CE) n° 987/2009 n'est pas expiré <input type="radio"/> [02] Le délai de cinq ans prévu à l'article 82, paragraphe 1, point b), du règlement (CE) n° 987/2009 est dépassé pour la créance
4.3 Le montant total (les intérêts, les amendes, les pénalités et/ou les frais afférents inclus) s'élève à:	<input checked="" type="radio"/> [01] Égal ou supérieur à 350 EUR <input type="radio"/> [02] Inférieur à 350 EUR en vertu d'une convention administrative
4.4.1. Montant	---Compléter ici---
4.4.2. Devise ⁸	---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)

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "La demande concerne" = "Personne concernée" :	
5.1.1. Personne concernée⁶	
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	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin

	<input type="radio"/> [98] Inconnu
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 naissance ¹¹	
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	<input type="radio"/> [01] Pays de résidence <input type="radio"/> [02] Pays de séjour <input type="radio"/> [03] Adresse de contact de la personne <input type="radio"/> [99] Autre(s) : ---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. Région ¹⁶	---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**

Veillez 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

[01] Identification/Immatriculation

[02] Sécurité sociale

[03] Fiscal

[98] Inconnu

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. Région¹⁶ ---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

[01] Masculin

[02] Féminin

[98] Inconnu

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---

7. Informations demandées²¹	
7.1 Veuillez fournir des informations concernant: 	<input type="checkbox"/> [01] Identité de la personne concernée <input type="checkbox"/> [02] Adresse <input type="checkbox"/> [03] Revenus <input type="checkbox"/> [04] Prestations servies <input type="checkbox"/> [05] Actifs pouvant servir au recouvrement <input type="checkbox"/> [06] Héritiers du débiteur ou du bénéficiaire défunt <input type="checkbox"/> [99] Autre(s) : ---Compléter ici---

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

R_BUC_06 : Demande de notification

Instructions Formulaire R015

Le formulaire doit être rempli en conformité avec notamment l'art. 77 du Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 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]
1.1.1.Pays	--- Compléter ici --- [list ISO3166-1-alpha-2 code]

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

[01] Cotisations

[02] Prestations indues

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

[01] Personne concernée

[02] Employeur

- 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. Déclaration⁵

4.1 Déclaration

[01] Le délai de cinq ans applicable à la créance en vertu de l'article 82, paragraphe 1, point b), du règlement (CE) n° 987/2009 n'est pas expiré

[02] Le délai de cinq ans prévu à l'article 82, paragraphe 1, point b), du règlement (CE) n° 987/2009 est dépassé pour la créance

4.3 Le montant total (les intérêts, les amendes, les pénalités et/ou les frais afférents inclus) s'élève à:

[01] Égal ou supérieur à 350 EUR

[02] Inférieur à 350 EUR en vertu d'une convention administrative

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)

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

5.1.1. Personne concernée⁹

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

[01] Masculin

[02] Féminin

	<input type="radio"/> [98] Inconnu
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 naissance ¹¹	
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	<input type="radio"/> [01] Pays de résidence <input type="radio"/> [02] Pays de séjour <input type="radio"/> [03] Adresse de contact de la personne <input type="radio"/> [99] Autre(s) : ---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. Région ¹⁶	---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

Veillez 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

[01] Identification/Immatriculation
 [02] Sécurité sociale

	<input type="radio"/> [03] Fiscal
	<input type="radio"/> [98] Inconnu
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	<input type="radio"/> [01] Masculin
	<input type="radio"/> [02] Féminin
	<input type="radio"/> [98] Inconnu
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 notification²¹

- [01] Remis en mains propres
- [02] Autrement: ---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 CC.

R_BUC_07 : Demande de recouvrement

Instructions Formulaire R017

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) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Toutes les indications figurant dans le formulaire R017 doivent concorder avec la décision de base, respectivement avec les pièces justificatives complémentaires.

Les points suivants doivent être indiqués dans le formulaire R017 :

- 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]
1.1.3.2 Dénomination de l'institution	--- Compléter ici ---
Rue	--- Compléter ici ---
Ville	--- Compléter ici ---
Code postal	--- Compléter ici ---
Région	--- Compléter ici ---
1.1.1.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 ¹	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	.....

2.1. Type de demande ³	<input checked="" type="radio"/> [01] Recouvrement <input type="radio"/> [02] Mesures conservatoires
--	---

- 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.

3. Déclaration ⁴	
3.1 Déclaration	
3.1.1. La créance et/ou le titre exécutoire	<input checked="" type="radio"/> [01] Ne sont pas contestés <input type="radio"/> [02] Sont contestés, mais l'article 81, paragraphe 2, deuxième alinéa, du règlement (CE) n° 987/2009 s'applique
3.1.2. Les procédures de recouvrement appropriées déjà engagées par l'entité requérante n'aboutiront pas au paiement intégral de la créance et le délai de prescription au titre de la législation en vigueur dans l'État membre de l'entité requérante n'a pas expiré	<input checked="" type="radio"/> [01] Oui <input type="radio"/> [02] Non
3.1.3. La créance a moins de 5 ans [article 82, paragraphe 1, point b), du règlement (CE) n° 987/2009]	<input checked="" type="radio"/> [01] Oui <input type="radio"/> [02] Non
3.2. Le montant total (y compris les intérêts, amendes, pénalités et/ou frais) s'élève à: ⁶	<input checked="" type="radio"/> [01] égal ou supérieur à 350 EUR <input type="radio"/> [02] inférieur à 350 EUR en vertu d'une convention administrative

- 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)

4. Nature de la créance⁷	
4.1. Type de demande	<input type="radio"/> [01] Cotisations <input type="radio"/> [02] Prestations indues
4.2 Code branche⁸	<input type="checkbox"/> [01] Maladie <input type="checkbox"/> [02] Pension <input type="checkbox"/> [03] Chômage <input type="checkbox"/> [04] Maladie professionnelle et accident du travail <input type="checkbox"/> [05] Prestations familiales <input type="checkbox"/> [99] Autre(s) : ---Compléter ici---

5. Concerne	
5.1. Concerne	<input type="radio"/> [01] Personne concernée <input type="radio"/> [02] Employeur

- 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)

6. Identité de la personne concernée⁹	
6.1.1 Personne concernée⁹	
6.1.1.1.1. Nom de famille(s)	---Compléter ici---
6.1.1.1.2. Prénom(s)	---Compléter ici---
6.1.1.1.3 Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
6.1.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
6.1.1.1.7. Numéro personnel d'identification de la personne auprès de chaque institution	
6.1.1.1.7.1.1. Pays expéditeur	CH
6.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays expéditeur (PIN)	756.XXXX.XXXX.XX
6.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution expéditrice	.....
6.1.1.1.7.1.1. Pays destinataire	---Compléter ici---
6.1.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification du pays destinataire (si connu)	---Compléter ici---
6.1.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	.....

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

6.1.1.1.8.1.1. Ville de naissance ---Compléter ici---

6.1.1.1.8.1.3. Pays ---Compléter ici---

6.1.1.2. Informations supplémentaires sur la personne

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

Si autre : ---Compléter ici---

6.1.1.3 Dernière adresse connue de la personne concernée

6.1.1.3.1.1. Type d'adresse

[01] Pays de résidence

[02] Pays de séjour

[03] Adresse de contact de la personne

[99] Autre(s) :

6.1.1.3.1.3.1. Rue ---Compléter ici---

6.1.1.3.1.3.3. Ville ---Compléter ici---

6.1.1.3.1.3.4. Code postal ---Compléter ici---

6.1.1.3.1.3.5. Région¹⁶ ---Compléter ici---

6.1.1.3.1.3.6. Pays ---Compléter ici--- [\[list ISO3166-1-alpha-2 code\]](#)

• 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" :

7.1. Employeur

7.1.1 Dénomination de l'employeur¹⁷ ---Compléter ici---

7.1.2. Numéros d'identification

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

7.1.2.1.2. Type

[01] Identification/Immatriculation

[02] Sécurité sociale

[03] Fiscal

[98] Inconnu


7.1.3. Adresse

7.1.3.1. Rue ---Compléter ici---

7.1.3.2. Nom du bâtiment	---Compléter ici---
7.1.3.3. Ville	---Compléter ici---
7.1.3.4. Code postal	---Compléter ici---
7.1.3.5. Région ¹⁶	---Compléter ici---
7.1.3.6. Pays	---Compléter ici---
7.2. Personne ou section responsable	
7.2.2.1.1.2. Numéro de téléphone	+41 00 000 0000
7.2.2.1.1. Adresse de courrier électronique	---Compléter ici---
7.3.1. Personne concernée	
7.3.1.1. Identification de la personne	
7.3.1.1.1. Nom(s) de famille	---Compléter ici---
7.3.1.1.2. Prénom(s)	---Compléter ici---
7.3.1.1.3. Date de naissance	---[DD/MM/YYYY]---
7.3.1.1.4. Sexe	<input type="radio"/> [01] Masculin <input type="radio"/> [02] Féminin <input type="radio"/> [98] Inconnu
7.3.1.1.7.1. Numéro(s) personnel(s) d'identification	
7.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
7.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution émettrice.	756.XXXXX.XXXX.XX
7.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution émettrice	.....
7.3.1.1.7.1.1. Pays émetteur	CH
7.3.1.1.7.1.2. Numéro personnel d'identification (PIN) auprès de l'institution destinataire.	---Compléter ici---
7.3.1.1.7.1.4.2. Nom de l'institution destinataire	.....
7.3.1.1.8. Si le PIN n'est pas disponible pour chaque institution, veuillez compléter ce qui suit	
7.3.1.1.8.1. Lieu de naissance	
7.3.1.1.8.1.1. Ville (Si ce n'est pas connu, mettre ' Inconnu')	---Compléter ici---
7.3.1.1.8.1.3. Pays	---Compléter ici---
7.3.1.2. Informations complémentaires concernant la personne	

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

- Les indications quant à la créance : la monnaie et le taux de change. Le taux de change doit correspondre à la date de la demande de recouvrement R017.

9. La créance²⁹	
9.1.1.1. Devise	
9.1.1.1.1. Monnaie de l'institution expéditrice	CHF
9.1.1.1.2. Monnaie de l'institution destinataire	---Choisir ici---
9.1.1.2.1.1. Taux de change utilisé à la date de la demande ²⁸ 	---Decimal---

Notamment la date exacte du titre exécutoire indiquée dans le R017 doit correspondre à ce qui figure dans le titre et le montant total indiqué dans le R017 doit correspondre à ce qui est dans le titre exécutoire, intérêts et autres montants compris. Si le montant total de la créance mentionné dans le R017 ne correspond pas à la décision de base, la caisse cantonale doit joindre tous les justificatifs (en copie conforme) qui démontrent le montant de la créance à récupérer.

9.1.1.3. Période³⁰	
9.1.1.3.1. Date de début	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.1.3.2. Date de fin	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.1.4. Montant dans la monnaie de l'institution expéditrice	
9.1.1.4.1. Montant en principal ³¹	---Decimal---
9.1.1.4.2 Intérêt ³²	---Decimal---
9.1.1.4.3. Amendes ³³	---Decimal---
9.1.1.4.4. Pénalités administratives ³⁴	---Decimal---
9.1.1.4.5 Autres charges/frais ³⁵	---Decimal---
9.1.1.4.6. Montant total ³⁶	---Decimal---
9.1.1.5. Montant dans la monnaie de l'institution destinataire	
9.1.1.5.1. Montant en principal ³¹	---Decimal---
9.1.1.5.2 Intérêt ³²	---Decimal---
9.1.1.5.3. Amendes ³³	---Decimal---
9.1.1.5.4. Pénalités administratives ³⁴	---Decimal---
9.1.1.5.5 Autres charges/frais ³⁵	---Decimal---
9.1.1.4.6. Montant total ³⁶	---Decimal---
9.1.2 Identification de la créance	
9.1.2.1. Date du titre exécutoire ³⁷	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.2 Date de la notification ³⁸	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.3 Date à partir de laquelle l'exécution est possible ³⁹	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.4. Dernier jour du délai de prescription ⁴⁰	---[DD/MM/YYYY]---
9.1.2.5. Référence identifiant le titre exécutoire ⁴¹	---Compléter ici---

10. Montant global⁴²

10.1 Cette demande concerne*

- [01] Une créance et le montant total
 [02] Plusieurs créances et le montant total

10.2 Si la demande concerne plusieurs créances et un montant total, veuillez préciser

10.2.1 Le montant total combiné des créances dans la monnaie de l'institution expéditrice ---Decimal---

10.2.2 Le montant total combiné des créances dans la monnaie de l'institution destinataire ---Decimal---

11. Autres renseignements utiles⁴³

11.1 Information

---Compléter ici---

12.1 Acceptation d'un paiement échelonné⁴⁴

12.1.1 Le paiement échelonné est de

- [01] Acceptable sans autre consultation
 [02] Acceptable uniquement après consultation
 [03] Non acceptable

- Coordonnées bancaires ou versement la créance.

12.2. Coordonnées bancaires⁴⁵

Nom de la banque⁴⁶ ---Compléter ici---

12.2.1.1. Numéro de compte bancaire international (IBAN)⁴⁷ ---Compléter ici---

12.2.1.2. Code d'identification de banque (BIC)⁴⁸ ---Compléter ici---

12.2.2. Nom du titulaire de compte⁴⁹ ---Compléter ici---

12.2.3 Référence du paiement pour le transfert⁵⁰ ---Compléter ici---

12.2.4. Adresse de la banque bénéficiaire⁵¹

12.2.4.1. Rue ---Compléter ici---

12.2.4.3. Ville ---Compléter ici---

12.2.4.4. Code postal ---Compléter ici---

12.2.4.5 Région¹⁴ ---Compléter ici---

12.2.4.6. Pays ---Compléter ici--- [\[list ISO3166-1-alpha-2 code\]](#)

Signature de l'institution expéditrice:

Date ---[DD/MM/YYYY]---

Signature Cachet

Les pièces jointes :

Les pièces suivantes doivent impérativement être transmises avec le formulaire R017 :

- Copie du titre exécutoire, certifiée conforme à l'original et comportant la date d'entrée en force, tampon et signature de la Caisse cantonale.
- S'il y a d'autres pièces justificatives, (p.ex. rappels), celles-ci devraient également être certifiées copies conformes.
- La preuve de notification au débiteur du titre exécutoire.

Si le formulaire n'est pas correctement rempli et les pièces justificatives pas complètes, ils ne seront pas traités et seront retourné à la CC.

Procédure à la FRC et à l'OL :

- Une fois la documentation reçue, le service contentieux vérifie que toutes les informations pertinentes sont présentes puis les transmet à l'OL compétente par le biais d'EESSI pour le recouvrement.
- L'OL étrangère procède au recouvrement selon sa législation interne.
- Une fois les diverses démarches effectuées l'OL transmet leur réponse à la FRC par le biais du Formulaire R018.
- Le Formulaire R018 est transmis par la FRC à la CC.
- Le versement de la créance, s'il y en a un, est effectué par le service comptable de la CdC sur le compte de la CC indiqué dans le formulaire R017.
- Le cas est clôturé du côté de la FRC.

Compétence :

- Les CC sont compétentes pour vérifier le droit au recouvrement de la créance, rassembler les documents nécessaires et compléter le formulaire R017. La vérification de la conformité des données figurant dans les divers documents est de leur compétence.
- La FRC est compétente pour transmettre les données reçues des CC aux OL étrangères par le biais d'EESSI et de transmettre le résultat (y compris les montants récupérés) aux CC dans le cadre du recouvrement.