



## Compensation avec des paiements rétroactifs de l'AVS/AI et APG (allocation de maternité)

Assuré(e): (nom, prénom, adresse)	Adresse de la caisse de compensation/de l'office AI
Numéro AVS:	
Adresse de la personne/institution présentant la demande:	

### 1. La personne/institution présentant la demande a fait des avances:

#### à titre d'institution d'assurance, selon la

- |  |  |
|--|--|
| loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI)  | loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) |
| loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) | loi fédérale sur l'assurance-militaire (LAM) |

#### à un autre titre (tiers ayant consenti des avances)

- assureur perte de gain en cas de maladie (contrat collectif pour des indemnités journalières régi par la loi sur le contrat d'assurance [LCA])
- assureur-accidents dans le domaine subrogatoire
- assureur en responsabilité civile
- employeur
- institution de prévoyance de l'employeur
- organisme public d'assistance
- autre \_\_\_\_\_

#### La demande de compensation est basée sur:

- des dispositions légales stipulant sans équivoque un droit à un remboursement direct des paiements rétroactifs de l'AVS/AI/APG. Une simple clause interdisant la surassurance ne suffit pas.
- des dispositions contractuelles (p.ex. conditions générales d'assurance pour une assurance collective d'indemnités journalières, statuts d'une institution de prévoyance, convention collective de travail) stipulant un droit d'obtenir le remboursement des avances directement de l'AVS, de l'AI ou des APG.
- l'accord écrit de la personne ayant reçu des avances ou de son représentant légal. La signature doit impérativement figurer dans cette rubrique. L'ayant droit à la prestation ou son représentant donne ainsi son consentement au paiement du rétroactif de l'AVS/AI/APG directement en mains du tiers ayant consenti les avances jusqu'à concurrence du montant des avances et pour la période correspondante.

Lieu et date

Signature de la personne ayant reçu des avances  
ou de son représentant légal

Compensation requise:

oui  non

Compensation requise:

oui  non

joindre les dispositions pertinentes

joindre les dispositions pertinentes

Lieu et date

Signature de la personne/institution présentant la demande

---

## 2. Communication de la caisse de compensation

L'assuré(e) a droit aux paiements rétroactifs suivants de la part de l'AVS/AI/APG:

pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Fr. \_\_\_\_\_

La somme des paiements rétroactifs se compose comme suit:

La demande de compensation doit être retournée au plus tard jusqu'au \_\_\_\_\_. Si aucune réponse ne lui parvient jusqu'à cette date, la caisse de compensation peut procéder au paiement avec effet libératoire.

Si le délai ci-dessus ne peut être respecté, la caisse de compensation doit en être informée sans retard.

Lieu et date

Timbre et signature de la caisse de compensation

---

Copie à:

---

## 3. Demande de compensation

La compensation est requise:      oui      non

si oui, pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Fr. \_\_\_\_\_

*Les assureurs au sens de la LACI, LAA, LAMal ou de la LAM* doivent joindre à leur demande un double de leur décision ou de leur communication de restitution adressée à l'assuré(e).

*Les demandes de compensation* d'assureurs au sens de la LACI, LAA, LAMal ou de la LAM ont la priorité sur celles émanant de tiers ayant fait des avances.

*Les tiers ayant fait des avances* doivent joindre à leur demande un décompte détaillé sur les avances consenties. Ces dernières ne peuvent faire l'objet d'une compensation que si elles coïncident avec la période couverte par les paiements rétroactifs de l'AVS/AI/APG.

Lorsque plusieurs *tiers ayant fait des avances* ont déposé une demande de compensation et que chacun d'eux remplit les conditions formelles pour la compensation, le montant du rétroactif est réparti entre eux au pro rata des avances consenties.

Versement à effectuer à l'adresse suivante (évent. joindre un bulletin de versement):

---

Lieu et date

Timbre et signature de la personne/institution présentant la demande

---

## 4. Détermination de la caisse de compensation

Lieu et date

Timbre et signature de la caisse de compensation

---