



Compensation avec des paiements rétroactifs IJAI

Assuré(e) : (nom, prénom, adresse)	Adresse de la caisse de compensation/ de l'office AI Caisse de compensation du canton du Jura Service des allocations familiales Case postale 368 2350 Saignelégier
Numéro AVS :	
Veillez compléter la présente demande et nous la retourner dûment remplie et signée dans les 10 jours si vous revendiquez une compensation.	
	Adresse de la personne/institution présentant la demande : V/réf :

1. La personne/institution présentant la demande a fait des avances : selon votre demande du :

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 surobligatoire
 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. 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 ou de l'AI.
 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 directement en mains du tiers ayant consenti les avances jusqu'à concurrence du montant des avances et pour la période correspondante.

La compensation ne saurait exercer une influence quelconque sur la procédure engagée au niveau du recours contre le tiers responsable.

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 selon décision-s ci-jointe-s

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.

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