

1. Renseignements personnels

1.1 Indications personnelles

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel

féminin masculin

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

13 chiffres. Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

1.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

Lieu de résidence actuel (au cas où il diffère du domicile légal, par ex. séjour hospitalier ou dans un home)

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

1.3 Curatelle

Existe-t-il une curatelle ?

oui non

Si oui, nom et adresse du curateur/du représentant

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'acte de nomination du curateur.

1.4 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses

Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

jj, mm, aaaa

Ressortissant-e-s étrangers/-ères

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jj, mm, aaaa

2. Etat civil

2.1 Situation actuelle

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

Données personnelles de la conjointe/du conjoint, resp. de la partenaire enregistrée/du partenaire enregistré

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

13 chiffres. Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

2.2 Eventuel-s union-s précédente-s ou partenariat-s enregistré-s

Date du mariage/de l'enregistrement

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

Renseignements personnels sur le/la partenaire précédent-e

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

13 chiffres. Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

3. Enfants

Indiquez-nous tous les enfants, même ceux qui sont déjà majeurs.

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Ev. Date décès	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> Propre enfant <input type="radio"/> Enfant d'un autre lit <input type="radio"/> Enfant adoptif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> Propre enfant <input type="radio"/> Enfant d'un autre lit <input type="radio"/> Enfant adoptif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> Propre enfant <input type="radio"/> Enfant d'un autre lit <input type="radio"/> Enfant adoptif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="radio"/> Propre enfant <input type="radio"/> Enfant d'un autre lit <input type="radio"/> Enfant adoptif

4. Données générales

4.1 Domicile et activité lucrative

Avez-vous déjà vécu en dehors de la Suisse? oui non

Avez-vous déjà travaillé, étudié ou effectué un service militaire en dehors de la Suisse? oui non

du	au	en
<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> pays
<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> pays

Le cas de personnes mariées, veuves et divorcées, resp. de personnes dans un partenariat, d'un décès ou de relation juridiquement dissoute :

La/le partenaire, a-t-elle/il déjà vécu en dehors de la Suisse ? oui non

La/le partenaire, a-t-ell/il travaillé, étudié ou effectué un service militaire en dehors de la Suisse? oui non

du	au	en
<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> Pays
<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> jj, mm, aaaa	<input type="text"/> Pays

4.2 Demandes précédentes

Avez-vous ou votre conjoint/-e respectivement votre partenaire enregistré-e déjà déposé une demande pour des prestations de l'assurance-invalidité ?

A vous-même ?

oui non

Pour le/la conjoint-e, resp. le/la partenaire enregistré-e ?

oui non

Si oui, pour quelle prestation et auprès de quelle caisse de compensation ou office AI ?

--

4.3 Incapacité de travail

du	au	en %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	

4.4 Assurances

Avez-vous demandé, respectivement touchez-vous des prestations

d'une assurance-maladie sous forme d'indemnités journalières ?

Nom et adresse de l'assurance, y compris numéro de référence

--

de la SUVA ou d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance accident obligatoire ?

Nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro de référence et/ou le numéro d'accident

--

de l'assurance militaire ?

Nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro d'accident

--

de la prévoyance professionnelle ?

Nom et adresse de l'institution de prévoyance

--

de l'aide sociale ?

Nom et adresse du service social

--

de l'assurance-chômage ou du service régional de placement (ORP) ?

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée) ou de l'ORP

--

du	au	en %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	

Après de quelle institution de prévoyance du 2ème pilier (caisse de pension) étiez-vous assuré lors de la survenance de votre incapacité de travail, resp. en dernier ?

Nom et adresse de l'institution de prévoyance

5. Renseignements relatifs à la formation, la profession et l'activité exercée jusqu'ici

5.1 Langue maternelle

5.2 Ecoles fréquentées

5.3 Profession apprise

Genre de formation
professionnelle

du

au

Diplôme

études, apprentissage, form.
élémentaire, etc.

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

CFC, certificat de capacité, etc

Nom et adresse de l'entreprise d'apprentissage

Genre de formation
professionnelle

du

au

Diplôme

études, apprentissage, form.
élémentaire, etc.

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

CFC, certificat de capacité, etc

Nom et adresse de l'entreprise d'apprentissage

5.4 Personnes exerçant une activité lucrative ou accessoire

Activité actuelle/dernière exercée à titre principal/partiel ou accessoire

Genre d'activité	Taux en %	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
du	au	Revenu brut CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	heure, semaine, mois
Nom et adresse de l'employeur		
<input type="text"/>		

Genre d'activité	Taux en %	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
du	au	Revenu brut CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	heure, semaine, mois
Nom et adresse de l'employeur		
<input type="text"/>		

5.5 Activités non lucratives

Genre d'activité	du	au
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
femme/homme au foyer, étudiant/e, etc	jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
femme/homme au foyer, étudiant/e, etc	jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

6. Données sur l'atteinte à la santé

6.1 Renseignements plus précis sur le genre d'atteinte à la santé

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

6.2 Accident ou origine de l'atteinte

L'atteinte à la santé est entièrement ou partiellement due à :

- un accident (par ex. accident de circulation, exercice d'une activité professionnelle ou sportive, violence, etc.)
- une autre origine (par ex. éventuelle erreur médicale, infection contractée dans un hôpital, blessure causée par un animal, des produits, une tentative de suicide, etc.)
- une maladie

Remarques complémentaires à l'événement

6.3 Médecin, hôpital ou centre de soins

Prière de nous indiquer ici votre médecin de famille ainsi que les autres médecins, hôpitaux ou centres de soins qui vous traitent.

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

7. Versement

Compte bancaire Compte postal

Au nom de

nom/prénom

IBAN

Nom et lieu de la banque

8. Autorisation de communiquer des renseignements

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise les personnes et offices mentionnés dans la demande à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision. Ces personnes et offices sont soumis à l'obligation de renseigner.

Les employeurs qui ne sont pas nommément mentionnés dans ce formulaire, les fournisseurs de prestations en vertu des articles 36–40 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), les assurances et les offices sont autorisés à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité, sur leur demande, tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision.

En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou des avocat-e-s donne son autorisation pour recourir aux renseignements de tiers. L'ensemble des personnes et autorités, désignées dans le cadre de la présente autorisation, sont libérées par la personne assurée de leur obligation de garder le secret, qu'il s'agisse du secret de fonction ou du secret professionnel, vis-à-vis des organes de l'assurance-invalidité.

Cette autorisation permet à l'office AI d'informer les instances entrant en ligne de compte pour la réadaptation (médecins-traitants, employeurs, institutions).

9. Obligation de collaborer

La personne assurée est tenue d'entreprendre tout ce qui est exigible de sa part pour diminuer la durée et l'importance de son incapacité de travail et empêcher la survenance d'une invalidité.

Par la suite, elle prend connaissance du fait qu'elle doit participer activement à toutes les mesures exigibles.

10. Signature/Annexes

La personne soussignée atteste avoir fourni des informations et des documents complets et conformes à la vérité.

Date

Signature de la personne assurée ou de son/sa représentant(e)

Adresse du/de la représentant(e) de la personne assurée si cette dernière ne signe pas en personne

Remarques complémentaires

Pièces à joindre à la demande :

- copie des pièces d'identité officielles établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récépissé des papiers déposés, passeport, document de partenariat)
- pour les ressortissants étrangers: copie du permis d'établissement ou de séjour

à joindre si nécessaire :

- Attestations de formation, d'apprentissage, de fréquentation de hautes écoles, attestation d'employeurs, certificats médicaux, copie du jugement de divorce ou de séparation, y compris l'attestation d'entrée en force ou de la convention de divorce ou de séparation, resp. tout document analogue en cas de partenariat enregistré, copies des actes de naissance des enfants, certificat de vie, acte de décès, acte de nomination du curateur

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

11. Organe compétent pour recevoir la demande

La demande doit être déposée auprès de l'office AI du canton de domicile.