

1. Moyens auxiliaires

Quels moyens auxiliaires (prothèse, fauteuil roulant, etc) demandez-vous ?

Fournisseur souhaité (prière de joindre les copies des factures, des devis)

2. Renseignements personnels

2.1 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.

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

2.2 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

2.3 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 et la description des obligations et des tâches.

2.4 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

3. Données générales

3.1 Domicile et activité lucrative

Avez-vous été domicilié(e) hors de Suisse ou travaillé/étudié/accompli un service militaire à l'étranger ?

oui non

du

mm, aaaa

au

mm, aaaa

en

pays

mm, aaaa

mm, aaaa

pays

3.2 Demandes précédentes

Une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faveur de la personne assurée a-t-elle déjà été déposée ?

oui non

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

3.3 Assurances

Avez-vous demandé, respectivement touchez-vous des prestations

par ex. traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyen auxiliaire

d'une caisse-maladie ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le 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 (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

de l'assurance militaire ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

3.4 Caisse-maladie

Auprès de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré (assurance de base)?

Nom et adresse

4. Données relatives à l'activité professionnelle exercée jusqu'ici

4.1 Personnes exerçant une activité lucrative ou accessoire

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

Genre d'activité

Taux en %

du

au

Revenu brut CHF

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

heure, semaine, mois

Nom et adresse de l'employeur

Genre d'activité

Taux en %

du

au

Revenu brut CHF

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

heure, semaine, mois

Nom et adresse de l'employeur

4.2 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

4.3 Chômage

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)

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	

5. Données sur l'atteinte à la santé

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

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

5.2 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

5.3 Médecin, hôpital ou centre de soins

Qui vous a traité en dernier lieu, respectivement vous a prescrit le moyen auxiliaire demandé?

Nom et adresse

Spécialité	Pour quelles affections ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

En traitement depuis	En traitement jusqu'au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

5.4 Moyen auxiliaire

Possédez-vous déjà un moyen auxiliaire (prothèse, fauteuil roulant, etc.) ?

oui non

Si oui, description exacte ?

depuis

jj, mm, aaaa

6. Versement

Compte bancaire Compte postal

Au nom de

IBAN

Nom et lieu de la banque

7. 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).

8. 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 :

- acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches, copies des factures, des devis, certificats médicaux.

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

9. Organe compétent pour recevoir la demande

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