

**choisir une canton**

**Votre demande:**

**Prière de la remplir soigneusement**

**Ce questionnaire est spécifique à la demande. Nous ne pouvons examiner votre requête que s'il est rempli de manière complète et précise. En cas de doute, posez-nous des questions. Nous perdons un temps précieux si le formulaire de demande n'est pas rempli correctement ou s'il manque des données.**

**Nos recommandations pour remplir la demande:**

- 1** Lisez d'abord tranquillement le questionnaire en entier.
- 2** Notez les questions qui ne sont pas claires pour vous.
- 3** Soyez attentifs au fait qu'il y a des réponses que vous devez compléter par des documents.

**Rassemblez les documents avant de remplir la demande.**

**Trois questions après avoir rempli la demande:**

- Les réponses aux questions sont-elles complètes?
- Le questionnaire est-il signé?
- Avez-vous joint tous les documents demandés?

**Vous pouvez aussi télécharger ce questionnaire sur notre site web.**

**Si vous avez besoin d'aide pour répondre, appelez-nous simplement. Nous vous renseignons volontiers.**

**Avec nos meilleures salutations.**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

## 1. Renseignements personnels

### > 1.1

Nom de famille (pour les personnes mariées ou veuves, également celui de célibataire)

---

---

### > 1.2

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

Genre

---

---

### > 1.3

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro d'assurée (756...13 chiffres)

---

---

### > 1.4

Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

---

Numéro de téléphone

Mobile

---

---

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

---

---

### > 1.5

Existe-t-il une tutelle?

oui

non

Une curatelle?

oui

non

Si oui, nom et adresse du tuteur/de la tutrice, respectivement du curateur/de la curatrice

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Siège de l'autorité tutélaire

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Prière de joindre à cette demande une copie de l'attestation de l'autorité tutélaire ou de l'acte de nomination du curateur

> **1.6**

Origine pour les citoyennes/citoyens suisses  
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

--	--

Origine pour les ressortissants étrangers  
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

--	--

> **1.7**

Etat civil (cocher ce qui convient, resp. indiquer les dates exactes)

célibataire

marié-e

veuf/veuve

divorcé-e

séparé-e par jugement

partenariat enregistré

partenariat enregistré dissout par la mort

partenariat enregistré dissout par le juge

partenariat enregistré séparé judiciairement

Depuis quand?

--

**2. Données générales**

> **2.1**

Avez-vous été domicilié(e) hors de Suisse?

oui

non

Du (mois/année)

au (mois/année)

en (pays)

--	--	--

--	--	--

--	--	--

> **2.2**

Avez-vous déjà présenté une demande de prestations AI?

oui

non

Si oui, auprès de quel office AI?

--

> **2.3**

Des prestations (rentes ou autres) de l'AVS ou de l'assurance invalidité sont-elles ou ont-elles été servies?

oui

non

Si oui, lesquelles?

--

Si oui, par quel office AI ou quelle caisse de compensation?

--

> **2.4**

Avez-vous demandé, respectivement touchez-vous des prestations (par ex. traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyen auxiliaire)

- d'une caisse-maladie?
- de la SUVA?
- d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire?
- de l'assurance-militaire?

Si oui, nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente)

---



---

Référence (par ex. numéro d'accident, de sinistre, d'indemnité journalière maladie ou de rente)

---

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

---



---

**3. Données relatives à l'activité professionnelle exercée jusqu'ici**

> **3.1**

**Activités**

**Activité principale** (activités accessoires, voir ch. 4.2)

Genre d'activité | Taux en %

---

Nom et adresse de l'employeur

---



---

Durée du | au | Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

---

> **3.2**

**Activités accessoires**

Genre d'activité | Taux en %

---

Nom et adresse de l'employeur

---

Durée du | au | Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

---

> **3.3**

**Activités non lucratives**

Genre d'activité (femme/homme au foyer, étudiant(e), etc.) | Durée du | au

---

> **3.4**

**Chômage**

**Complet (contrat de travail résilié)**

Durée du | au

---

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

---

Durée du | au

---

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

---

**Partiel (en cas de maintien du contrat de travail)**

En pour-cent | Durée du | au

---

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

---

#### 4. Données sur l'atteinte à la santé

##### > 4.1

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée par

une infirmité congénitale?  une maladie?  un accident?

##### > 4.2

Précisions sur le genre d'atteinte à la santé

---

---

##### > 4.3

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle?

---

##### > 4.4

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée totalement ou partiellement par un tiers (par ex. accident de la circulation)?

oui  non

##### > 4.5

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

Nom et adresse du médecin traitant

---

---

---

Du | au | Pour quelles affections?

---

Nom et adresse du médecin spécialiste, respectivement de l'hôpital ou de l'établissement de soins

---

---

---

---

Spécialité

---

Du | au | Pour quelles affections?

---

---



## 4.6

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

oui  non

Si oui, description exacte et depuis quand?

---

---

## 5. Versement

Compte bancaire  Compte postal

Au nom de (nom/prénom)

---

IBAN

---

Nom et lieu de la banque

---

---

## 6. Organe compétent pour recevoir la demande

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

## 7. Autorisation de communiquer des renseignements

En faisant valoir son droit à des prestations et par la signature de ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise les personnes et offices mentionnées 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.

## 8. Signature/Annexes

Le/la soussigné-e atteste avoir donné dans ce formulaire des renseignements complets et conformes à la vérité et qu'il en est de même pour les annexes y relatives.

---

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.

---

---

---

Annexes et 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
- **a joindre si nécessaire:** attestation de l'autorité tutélaire, acte de nomination du curateur, copies des factures, des devis, certificats médicaux.