



Demande de prestations AI pour adultes

Voir observations à la page 7!

Pour les questions posant une alternative, marquer d'une croix ce qui convient x

Numéro AVS

1. Identité

Pour les personnes mariées ou veuves, indiquer aussi le nom de célibataire

1.1 Nom de famille

Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel féminin masculin

1.2 Prénoms

Jour, mois, année

1.3 Date de naissance

1.4 Domicile et adresse exacte

Numéro postal, localité, rue, numéro

No de téléphone

1.5 Etat civil

célibataire marié(e) depuis veuf(ve) depuis divorcé(e) depuis séparé(e) depuis

Marquer d'une croix ce qui convient ou indiquer la date de chaque mariage

1^{er} mariage

év. 2^e mariage

év. 3^e mariage

Nom, prénoms et date de naissance des anciens conjoints

1.6 Origine

Commune d'origine/Canton

Nationalité suisse depuis

Pour les Suisses

Nationalité

Origine

Pour les étrangers

1.7 Existe-t-il une tutelle?

oui non ; ou une curatelle? oui non

Si oui, nom et adresse du tuteur ou du curateur

Siège de l'autorité tutélaire

Numéro AVS

2. Identité du conjoint

Pour les personnes mariées ou veuves, indiquer aussi le nom de célibataire

2.1 Nom de famille _____

Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel

2.2 Prénoms _____

Jour, mois, année

2.3 Date de naissance _____

3. Enfants

Indiquer tous les enfants ouvrant **droit à une rente pour enfant** ou à des **bonifications pour tâches éducatives** qui s'ajoutent à la rente AI.

3.1 Enfants de la personne qui introduit la demande de rente (y compris les enfants adoptés)

Nom de famille	Prénoms	Date de naissance (jour, mois, année)	Ev. date du décès (jour, mois, année)	Sexe (m ou f)
----------------	---------	--	--	------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS

3.2 Enfants du conjoint

Nom de famille	Prénoms	Date de naissance (jour, mois, année)	Ev. date du décès (jour, mois, année)	Sexe (m ou f)
----------------	---------	--	--	------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS

3.3 Enfants recueillis

Nom de famille	Prénoms	Date de naissance (jour, mois, année)	Ev. date du décès (jour, mois, année)	Sexe (m ou f)
----------------	---------	--	--	------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS
Numéro AVS

Droit à la rente pour enfant

Le droit à la rente pour enfant dure jusqu'à ce que l'enfant ait 18 ans révolus. Les enfants âgés de 18 à 25 ans peuvent donner droit à une rente tant qu'ils suivent une formation. Il convient alors de joindre à la demande de rente le contrat d'apprentissage ou une attestation de l'établissement d'enseignement avec l'indication du début et de la fin probable de la durée de la formation.

Droit aux bonifications pour tâches éducatives

Le droit aux bonifications pour tâches éducatives peut être revendiqué à partir de 1948 (entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'AVS) pour les années pendant lesquelles la personne assurée avait des enfants âgés de moins de 16 ans ou nés après le 31 décembre 1931.

- 4.7 Avez-vous demandé ou touchez-vous des prestations (p.ex. soins médicaux, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyens auxiliaires)
- de la CNA? oui non
- d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire? oui non
- de l'assurance militaire? oui non
- 4.7.1 Si oui, nom et adresse de l'assurance (ou de l'agence compétente)
-

4.7.2 Référence (p. ex. numéro d'accident ou de rente) _____

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

4.9 Auprès de quelle institution de prévoyance professionnelle du 2^{ème} pilier (caisse de pension) étiez-vous assuré lors du début de votre incapacité de travail ou quelle est la dernière institution de prévoyance à laquelle vous avez été affilié?

Nom et adresse de l'institution de prévoyance (caisse de pension)

4.10 Quelles autorités ou institutions se sont occupées de vous jusqu'à présent?

Nom et genre de celles-ci (offices d'orientation professionnelle, offices du travail, services sociaux publics ou privés, CNA, assurance militaire, assurance-maladie ou accidents, caisses de retraite, etc.) Quand?
(mois et année)

5. Mode de paiement de la rente

- Virement sur **un compte bancaire** (dénomination précise, p.ex. compte d'épargne, compte de dépôt, livret d'épargne)

_____ Numéro _____
auprès de (nom et adresse de la banque ou de l'agence)

N° du compte de chèques postaux de la banque _____ N° du clearing bancaire _____

- Virement sur le **un compte postal** n° _____

En principe, les rentes ne sont plus versées que sur un compte bancaire ou postal. Sur demande, la rente peut toutefois aussi être payée en espèces.

Les demandes de versement de la rente à un tiers ou à une autorité doivent être présentées sur une formule spéciale. Elles seront dûment motivées.

6. Indications concernant la formation, la profession et l'activité exercée jusqu'ici

6.1 Écoles fréquentées
(sauf les écoles destinées à la formation professionnelle qui doivent être indiquées sous chiffre 6.2)

6.2 Profession apprise

Genre de formation professionnelle (études, apprentissage, formation accélérée dans l'exploitation, etc.)	Nom et adresse de l'école ou du maître d'apprentissage	Durée du	au	Certificat (certificat de capacité, diplôme, etc.)
--	--	-------------	----	--

6.3 Personnes exerçant une activité lucrative

(Les données suivantes doivent être indiquées pour les 3 années ayant immédiatement précédé le dépôt de la demande.
Les indépendants porteront sous "employeurs" la mention "indépendant". Les personnes exerçant à la fois une activité indépendante et une activité salariée indiqueront séparément leurs revenus bruts correspondants.)

6.3.1 Activité principale (activités accessoires, cf. chiffre 6.5)

Genre	Nom et adresse des employeurs	Durée du	au	Revenu brut fr. heure, semaine, mois
-------	-------------------------------	----------	----	--------------------------------------

6.4 Personnes n'exerçant pas d'activité lucrative

(Les données doivent être indiquées pour les 3 années ayant immédiatement précédé le dépôt de la demande)

6.4.1 Activité principale (activités accessoires, cf. chiffre 6.5)

(personne tenant un ménage, étudiant(e), etc.)

Genre	Durée du	au
-------	----------	----

6.5 Activités accessoires

Genre	Nom et adresse des employeurs	Durée du	au	Revenu brut fr. heure, semaine, mois
-------	-------------------------------	----------	----	--------------------------------------

6.6 Incapacité de travail due à la maladie ou à un accident

6.6.1 entière

Durée du	au	Nom et adresse de la caisse-maladie ou de l'assurance-accidents
----------	----	---

6.6.2 partielle

en %	Durée du	au	Nom et adresse de la caisse-maladie ou de l'assurance-accidents
------	----------	----	---

6.7 Périodes de chômage

6.7.1 complet (lorsque le contrat de travail est résilié)

Durée du	au	Nom et adresse de la caisse d'assurance-chômage (lorsque des indemnités de chômages ont été versées)
----------	----	--

6.7.2 partiel (lorsque le contrat de travail existe toujours)

en %	Durée du	au	Nom et adresse de la caisse d'assurance-chômage (lorsque des indemnités de chômage ont été versées)
------	----------	----	---

7. Indications concernant l'atteinte à la santé

(des remarques complémentaires peuvent être ajoutées sous chiffre 8)

7.1 L'atteinte a-t-elle été causée par un(e) _____ infirmité congénitale maladie accident

7.2 Précisions concernant le genre de l'atteinte

7.3 Depuis quand l'atteinte existe-t-elle?

7.4 L'atteinte a-t-elle été entièrement ou partiellement causée par un tiers? _____ oui non

7.5 Qui vous a traité(e) médicalement? (souligner le nom du médecin de famille)

7.5.1 en dernier lieu

Nom et adresse du médecin
ou de l'établissement hospitalier

De quand à quand?
(mois et année)

Pour quelles affections?

7.5.2 antérieurement

Nom et adresse du médecin
ou de l'établissement hospitalier

De quand à quand?
(mois et année)

Pour quelles affections?

7.6 Disposez-vous déjà de moyens auxiliaires (prothèses, fauteuil roulant, etc.)? _____ oui non

Si oui, désignation exacte _____

Depuis quand? _____

7.7 Impotence

7.7.1 Avez-vous besoin de l'aide régulière et permanente de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se déshabiller, manger, faire sa toilette, etc.) ou d'une surveillance personnelle? _____ oui non

7.7.2 Uniquement pour les personnes assurées qui ne résident pas dans un home:

Avez-vous besoin, à cause de votre atteinte à la santé, d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie (vivre de manière indépendante, avoir des activités et entretenir des contacts sociaux à l'extérieur ou éviter un isolement durable du monde extérieur)? _____ oui non

7.8 Quelles prestations demandez-vous?

(Cocher les prestations demandées; éventuellement donner des indications supplémentaires sous chiffre 8)

Orientation professionnelle

Reclassement dans une nouvelle profession

Rééducation dans la même profession

Placement

Moyens auxiliaires (prothèses, fauteuil roulant, etc.) Si oui, lesquels? _____

Fournisseur désiré _____

Mesures médicales de réadaptation spéciales (voir "Observations", lettre c)

Rente (n'est en principe accordée que si des mesures de réadaptation n'entrent pas en ligne de compte)

Autorisation

En signant ce formulaire, l'assuré(e) ou son/sa représentant(e) autorise toutes les personnes et tous les offices entrant en considération, en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses-maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'aide sociale privées, à donner aux organes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité les **renseignements** nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations, ainsi que ceux visant à l'exercice par l'assurance du droit de recours contre les tiers responsables contre lesquels l'assuré(e) peut faire valoir des prétentions en dommage-intérêts ensuite du préjudice subi.

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Date

Signature de l'assuré(e) ou de son/sa représentant(e)

Annexes

Adresse du/de la représentant(e) de l'assuré(e) si ce/cette dernier(ère) ne signe pas en personne

La personne ayant droit aux prestations doit apporter la preuve des indications qu'elle fournit.

● **Pièces à joindre à la demande:**

- **tous les certificats d'assurance de l'AVS-AI** de la personne ayant droit aux prestations;
- **tous les carnets de timbres AVS** de la personne assurée;
- **les pièces d'identité** établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (p.ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, permis d'établissement ou de séjour, récépissé des papiers déposés, passeport, livret d'étranger).
- **à joindre si nécessaire:** attestations de formation, d'établissements d'enseignement et attestations d'employeurs, copie du jugement de divorce ou de séparation ou de la convention de divorce ou de séparation reconnue par le tribunal, copies des actes de naissance des enfants, certificat de vie, acte de décès, attestations de l'autorité de tutelle, etc.

Remarques

Demande examinée en se fondant sur les éléments suivants:

Organe chargé de l'examen de la demande (date et timbre):

Examen concernant les cas de recours selon chiffres 4.7, 7.1 et 7.4 effectué; feuille annexe R (form. 318.273.01) et demande à la CNA/AM (form. 318.273.04) envoyées:

oui non

Visa de la personne chargée de l'examen: