

Feuille Annexe R à la demande de prestations AI (Recours contre les tiers responsables)



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

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

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

Demande du

2. Eclaircissements

Vous avez déposé une demande de prestations d'assurance invalidité. Il est possible qu'un tiers soit tenu responsable de l'événement qui vous a amené à vous inscrire. Dans tel cas, l'AI exerce son droit de recours contre la personne responsable, respectivement son assurance responsabilité civile, jusqu'à concurrence des prestations servies. Nous vous serions dès lors très gré de bien vouloir répondre aux questions posées ci-après, nous permettant ainsi de déterminer avec précision les circonstances de l'événement dommageable.

En cas de doute, vous êtes prié de contacter par téléphone l'office AI de votre canton de domicile : Liste des offices AI

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

2.1 Nature de l'événement qui a causé la blessure à la santé de la personne accidentée

- accident de la circulation routière
 autre accident
 autre cause (s.v.p. compléter)

2.2 Date

jj, mm, aaaa

Lieu de l'événement

2.3 La police ou toute autre autorité a-t-elle été saisie de l'événement ?

- oui non

Nom et adresse de l'autorité en question

Téléphone

Cette autorité a-t-elle établi un rapport écrit de l'événement ?

- oui non

2.4 Description détaillée de l'événement

(Que s'est-il passé ? Quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) ? Y-a-t-il eu participation de tiers ?)

2.5 Personnes impliquées dans l'événement

auteur(s)

Nom

Téléphone

témoin(s)

Adresse

rue, NPA, localité

auteur(s)

Nom

Téléphone

témoin(s)

Adresse

rue, NPA, localité

2.6 Avez-vous confié la défense de vos intérêts à un/e avocat/e, à une assurance de protection juridique ou à un autre organisme ?

oui non

Nom et adresse

Téléphone

2.7 En relation avec cet événement, faites-vous valoir des prétentions en dommages-intérêts contre une personne déterminée ?

oui non

Nom et adresse de cette personne

Téléphone

2.8 La personne désignée au chiffre précédent est-elle assurée en responsabilité civile ?

oui non je ne sais pas

Nom et adresse de l'assurance

Téléphone

No de dommage / No de police

2.9 Avez-vous, à la suite de l'événement, intenté une action en dommages-intérêts ?

oui non

Après de quelle instance (tribunaux ou autres) ces actions ont-elles été intentées ?

Contre la/les personne/s suivante/s / assurance de responsabilité civile

2.10 Une procédure pénale a-t-elle été ouverte en relation avec l'événement ?

oui non

Après de quel tribunal la procédure pénale a-t-elle été engagée ?

Contre la (les) personne(s) suivante(s)

2.11 Aviez-vous une assurance accident obligatoire au moment de l'événement ?

oui non

Nom et adresse de l'assurance

Téléphone

No de l'accident

2.12 Étiez-vous assuré auprès d'une caisse de pension au moment de l'événement ?

oui non

Nom et adresse de l'institution de prévoyance

Téléphone

3. Contact et signature

Sous quel numéro peut-on vous joindre par téléphone pour d'autres questions ?

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

Lieu et 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

Vos annexes (Rapport de police, rapport d'accident, etc) et remarques supplémentaires

4. Organe compétent pour recevoir le questionnaire

Le questionnaire est à renvoyer à l'office AI du canton de domicile de la personne assurée.