

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 AVS

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 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)
 témoin(s)

Nom

Téléphone

Adresse

rue, NPA, localité

- auteur(s)
 témoin(s)

Nom

Téléphone

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

Auprès 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, procuration et signature

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

Procuration

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise les personnes et les services mentionnés dans la demande de prestations, ainsi que les employeurs, les fournisseurs de prestations au sens des articles 36 à 40 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assurances et les organes officiels, à fournir aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et à mettre à leur disposition tous les documents nécessaires pour établir le droit aux prestations et faire valoir les prétentions récursoires. Ces personnes et services sont tenus de donner les renseignements requis.

En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise également ses avocats/avocates à fournir des renseignements en vue de l'exercice du droit de recours contre les tiers responsables. Toutes les personnes et autorités mentionnées sont libérées par la personne assurée, dans le cadre de la présente autorisation, de leur obligation de garder le secret, fondée sur le secret de fonction ou le secret professionnel, vis-à-vis des organes de l'assurance-invalidité.

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.