**** Assurance-vieillesse, survivants et invalidité fédérale AVS/AI

**Feuille annexe R à la demande de prestations AI   
(recours contre les tiers responsables)**

Demande du

**Personne assurée**

Prénom et nom:       Tél. privé fixe/mobile et tél. prof.:

No d´assuré/e:

Date de naissance:       E-mail :

*Notre réf.:* *Date:*

Il se peut qu’en relation avec l´événement qui vous a amené/e à déposer une demande de prestations à l´assurance-invalidité (AI), la responsabilité d’une tierce personne soit engagée. Dans tel cas l’assurance-invalidité exerce, représenté par les Services de recours ou l’Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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.

**Enfin, veuillez ne conclure aucune transaction avec le tiers présumé responsable, ou avec l'assurance de ce dernier, sans préciser que vous avez demandé des prestations à l'assurance-invalidité ou que vous recevez des prestations AI et sans vous assurer que les droits de recours et de subrogation de l’assurance-invalidité ne sont pas affectés.**

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d´agréer nos meilleures salutations.

1. **Événement dommageable :**
   1. Nature de l´événement qui a causé l´atteinte à la santéde la victime:

* accident de la circulation routière
* accident de travail
* autre accident (exercice d’une activité sportive, agression, chute, etc.)
* autre origine (erreur médicale, infection à l’hôpital, maladie, tentative de suicide, atteinte causée par un animal ou un produit, etc.) :   
  Veuillez préciser laquelle :
  1. Date et lieu de l´événement :
  2. 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 tierce/s personne/s ? Qu’a-t-elle/ont-elles fait ?        
  1. Personnes impliquées dans l´événement (nom, adresse, tél., e-mail) :

Auteur/s :

Témoin/s :

1. **Police et procédure pénale :**
   1. La police ou toute autre autorité a-t-elle été saisie de l´événement ? non  oui  (nom, adresse, tél.):
   2. Cette autorité a-t-elle établi un rapport écrit de l´événement ? non  oui
   3. Une procédure pénale a-t-elle été ouverte en relation avec l´événement ? non  oui

* Contre la/les personne/s suivante/s :
* Auprès de l’autorité suivante :

1. **Responsabilité civile et assurances:**
   1. En relation avec cet événement, faites-vous valoir des prétentions en dommages-intérêts contre une personne déterminée ? non  oui  (nom, adresse, tél.) :
   2. La personne désignée au chiffre précédent est-elle assurée en responsabilité civile ? non  oui   
      (nom, adresse, tél. de l´assureur responsabilité civile « RC ») :

n° de la police/n° du du sinistre :

* 1. Avez-vous, à la suite de l´événement, intenté une action en dommages-intérêts devant la justice ?   
     non  oui  Auprès de l’autorité suivante :
  2. Lors de la survenance de l'événement la victime était-elle :
* Assurée obligatoirement contre les accidents ? non  oui

Nom de l´assureur-accidents :

* Assurée auprès d'une caisse de pension ? non  oui    
  év. nom de l’institution LPP :

1. **Représentation :**

Avez-vous confié la défense de vos intérêts à un/e avocat/e, à une assurance de protection juridique ou à un autre organisme? non  oui  (nom, adresse, tél., e-mail) :

1. **Remarques :**

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et véridique.

Lieu et date :       Signature :

**Annexes** (prière de joindre les documents disponibles, p. ex. jugement pénal, rapport de police, rapport d’accident, photos, etc., en les énumérant ci-après) :