

## 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

féminin  masculin

Date de naissance

jours, mois, année

Numéro d'assuré

13 chiffres, en commençant par 756

Etat civil

Langue désirée

allemand  français  italien

### 1.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

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

## 2. Incapacité de travail (IT)

Début de l'incapacité de travail

Incapacité de travail en pourcent

Absences répétées (régulières), absences de courte durée „chroniques“ depuis

Motif de l'incapacité de travail?

Maladie  Accident

Problème de santé/genre de maux

### 3. Situation professionnelle

---

Activité actuelle/dernière exercée à titre principal/partiel ou accessoire

Genre d'activité

Taux en %

du

au

Revenu brut CHF

jours, mois, année

jours, mois, année

Nom et adresse de l'employeur

Personne de contact

Numéro de téléphone

L'incapacité de travail a-t-elle été annoncée à l'assurance maladie perte de gain ?

oui  non

Si oui, quand?

Nom et adresse de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie

L'incapacité de travail a-t-elle été annoncée à l'assurance LPP ?

oui  non

Si oui, quand?

Nom et adresse de l'assurance LPP

Une demande concernant des prestations de l'AI a-t-elle déjà été déposée?

oui  non

Si oui, auprès de quelle office AI?

#### 4. Données relatives à la personne, resp. à l'institution qui fait la communication

---

- personne assurée ou son représentant légal
- employeur de la personne assurée
- médecin traitant ou chiropraticien/ne de la personne assurée
- assurance d'indemnités journalières en cas de maladie LAMal
- institution d'assurance privée (assurance d'indemnités journalières en cas de maladie LCA ou des rentes)
- assureur accident LAA
- institution de prévoyance professionnelle de la personne assurée
- organe d'exécution de l'assurance-chômage
- organe d'exécution de l'aide sociale cantonale
- assurance militaire
- assureur maladie
- membre de la famille vivant en ménage commun avec la personne assurée

Degré de parenté

Institution

Prénom et nom

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Date

Signature

Annexes (copies du certificat médical, décomptes de salaire, carte AVS, autres) et remarques complémentaires

#### 5. Information à la personne assurée

---

Le/la soussigné-e certifie avoir informé la personne assurée au sujet de la présente communication à la détection précoce de l'assurance-invalidité.

Date

Signature

## **6. Organe compétent pour recevoir la demande**

---

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

