

**Demande de prestations AI
pour adultes:
Prestation transitoire**

Votre demande:

Nous vous prions de renvoyer rapidement ce formulaire avec une attestation médicale

Cette demande AI simplifiée concerne les bénéficiaires de rentes AI qui touchent une rente partielle ou qui en ont touché une jusqu'à il y a moins de trois ans. Le nouveau délai de protection de trois ans constitue un soutien important de la réadaptation, tant en faveur de nos client-e-s, les personnes assurées, qu'en faveur des employeurs. Celui ou celle qui fait un pas pour sortir de la rente et entre dans le monde professionnel a l'assurance que la rente AI peut être à nouveau accordée rapidement en cas de rechute de l'état de santé.

Afin que nous puissions traiter votre demande de prestation transitoire, nous avons besoin, en plus des renseignements que vous nous communiquez, d'une attestation médicale de votre médecin-traitant. Nous vous prions de prendre rapidement rendez-vous avec votre médecin pour que nous obtenions rapidement les informations médicales nécessaires. Votre médecin-traitant peut adresser la facture de la consultation à notre office AI. Nous vous prions de nous envoyer le formulaire complété entièrement par retour du courrier.

Vous pouvez télécharger ce questionnaire sur notre site web.

Si vous avez besoin d'aide pour le compléter, appelez-nous. Nous vous renseignerons volontiers.

Avec nos meilleures salutations

Demande pour adultes: Prestation transitoire

1. Renseignements personnels

> 1.1

Nom de famille (également celui de célibataire)

> 1.2

Prénoms (tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel)

> 1.3

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

> 1.4

Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

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

> 1.5

Existe-t-il une tutelle?

oui

non

Une curatelle?

oui

non

Si oui, nom et adresse du tuteur/de la tutrice, respectivement du curateur/de la curatrice

Siège de l'autorité tutélaire

> 1.6

Etat civil

célibataire

marié-e

veuf/veuve

divorcé-e

séparé-e par jugement

partenariat enregistré

partenariat enregistré dissout par la mort

partenariat enregistré dissout par le juge

partenariat enregistré séparé judiciairement

depuis (date exacte, jour/mois/année)

> 1.7

Toute union précédente, resp. Partenaria(s)t enregistré(s)

Mariage/Partenariat

veuf/veuve depuis

divorcé-e depuis/

séparé-e depuis

dissout par la mort depuis

dissout juridiquement depuis

Nom de famille, Prénom, date de naissance de la conjointe précédente /du conjoint précédant, resp. de la partenaire enregistrée/du partenaire enregistré

Prière de communiquer les données exactes (jour/mois/année)

2. Enfants

Données relatives à tous les enfants pour lesquels une rente complémentaire pour enfants d'invalidé ou des bonifications pour tâches éducatives sont accordées.

Prière de compléter les données de tous les enfants (aussi les majeurs)

> 2.1

Propres enfants (également enfants adoptés)

Nom de famille, prénom	Date de naiss. jour/mois/année	Ev. Date décès jour/mois/année	Sexe f/m	Numéro AVS

> 2.2

Enfants du conjoint / Enfants recueillis

Nom de famille, prénom	Date de naiss. jour/mois/année	Ev. Date décès jour/mois/année	Sexe f/m	Numéro AVS

3. Données générales

> 3.1

Genre de l'activité	Taux en %

Nom et adresse de l'employeur

> 3.2

Avez-vous obtenu depuis le début de l'incapacité de travail des prestations de l'une des institutions suivantes?

- votre employeur?
- l'assurance chômage?
- l'assurance indemnité journalière maladie ?
- la SUVA ou une autre institution dans le cadre de l'assurance-accident obligatoire?
- l'aide sociale?
- l'assurance-militaire?

Si oui, nom et adresse de cette institution

4. Versement

- Compte bancaire Compte postal

Au nom de (nom/prénom)

IBAN

Nom et lieu de la banque

5. Autorisation de communiquer des renseignements

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise les personnes et offices mentionnées dans la demande à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision. Ces personnes et offices sont soumis à l'obligation de renseigner.

Les employeurs qui ne sont pas nommément mentionnés dans ce formulaire, les fournisseurs de prestations en vertu des articles 36–40 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), les assurances et les offices sont autorisés à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité, sur leur demande, tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision.

Cette autorisation permet à l'office AI d'informer les instances entrant en ligne de compte pour la réadaptation (médecins-traitants, employeurs, institutions).

6. Signature/Annexes

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

Date

Signature de la personne assurée ou de son/sa représentant(e)

Annexes et remarques complémentaires

Sont à joindre à la demande de prestation transitoire:

- Attestation dûment établie et complétée par votre médecin-traitant selon point 7
- Copie d'une pièce officielle personnelle (par ex. livret de famille)
- Pour les étrangers : copie du permis d'étranger
- Copie de l'attestation de formation au cas où vous avez des enfants âgés entre 18 et 25 ans

7. Attestation médicale

Prière de faire remplir par le médecin-traitant

> 7.1

Données relatives à l'atteinte à la santé (genre, influence sur la capacité de travail)

> 7.2

Incapacité de travail jusqu'à ce jour dans la dernière activité exercée, exprimée par rapport à une activité à 100%

> 7.3

A partir de quand la personne assurée pourra-t-elle à nouveau exercer cette activité (pronostic)?

Cela nécessite-t-il des conditions particulières?

> 7.4

De quelles ressources/autres capacités la personne assurée dispose-t-elle pour le cas où elle ne serait plus en mesure de reprendre l'activité exercée jusqu'ici?

> 7.5

Remarques complémentaires

Nous vous serions particulièrement reconnaissants de nous indiquer, parmi les copies des rapports actuels établis par des hôpitaux ou des spécialistes, lesquels sont utiles.

> 7.6

L'atteinte à la santé actuelle a-t-elle été causée entièrement ou partiellement par un accident ou l'intervention d'un (par ex. un accident de voiture)?

oui non

Si oui, nom et adresse de l'assurance-accident

> 7.7

Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

Adresse exacte(cabinet/département)

Pour la facturation de ce questionnaire, appliquer la position TarMed 00.2205 (rapport intermédiaire AI) . La consultation et les examens nécessités pour le complètement de ce document peuvent nous être facturés selon le tarif.