

Demande de rente d'invalidité

No de décompte

Identité

Nom, prénom No AVS Date de naissance

Rue, NPA, lieu

Mesures tutélaires

Existe-t-il des mesures tutélaires? oui non

Si oui: tutelle conseil légal curatelle

Adresse de l'autorité tutélaire

Adresse du tuteur / du conseiller légal / du curateur

Indications sur la profession et l'activité exercée jusqu'ici

Les indications suivantes doivent porter sur les 2 dernières années qui précèdent cette demande. Les indépendants inscriront sous «employeur» la mention «indépendant».

Genre	Nom et adresse de l'employeur	Durée du au	Salaire annuel brut CHF
.....
.....
.....

Infirmité

L'infirmité est la cause de:

infirmité congénitale maladie accident

18046 / 09.2022

Précisions concernant l'infirmité

.....
.....
.....

Depuis quand l'infirmité existe-t-elle?

L'infirmité fut-elle causée, entièrement ou partiellement, par un tiers? oui non

Qui a traité médicalement la personne assurée?

Nom et adresse du médecin resp. Durée du au
de l'hôpital ou du home médicalisé (mois et année)

.....
.....
.....
.....

Incapacité de travail dû à la maladie ou à l'accident

<i>entière</i>	durée du au	<i>partielle</i>	en %	durée du au
.....
.....
.....

Questions générales

La personne assurée a-t-elle présenté une demande de prestations ou reçoit-elle des prestations (p.ex. soins médicaux, indemnités journalières, rente, moyens auxiliaires) de la part

- de l'assurance RC de la personne qui a causé l'accident?
- de la CNA ou d'une autre compagnie d'assurance accidents?
- d'une caisse maladie?
- de l'assurance militaire?

Si oui, nom(s) et adresse(s) de l'assurance/des assurances

.....
.....

Une demande en vue de l'obtention de prestations AI a-t-elle déjà été déposée pour la personne assurée?

Non oui, auprès de quel office AI?

Dossiers nécessaires

- copies des justificatifs d'indemnités journalières
- certificats médicaux
- décisions de l'AI
- décisions de la LAA
- décisions de la LAMA
- copie du livret de famille
- pour les enfants resp. les enfants en garde, en âge entre 20 et 25 ans: attestation de formation
-

Paielement

(Veuillez svp joindre un bulletin de versement)

Compte bancaire

Nom de la banque: Adresse:
Titulaire du compte: No du compte:
No de clearing: IBAN:

Compte postal

Titulaire du compte: No du compte:

Remarques

.....
.....
.....

Signature

Par sa signature la personne assurée atteste avoir répondu aux questions de façon véridique et complète. Par ailleurs, elle autorise toutes les personnes et instances pouvant être concernées de donner à la PAT-BVG toutes les informations utiles à la vérification de la prétention et à l'examen du droit à la prestation.

Lieu et date

Signature

.....

.....