

## 1. Moyens auxiliaires

Quels moyens auxiliaires (prothèse, fauteil roulant, etc) demandez-vous ?

Peruque

Fournisseur souhaité (prière de joindre les copies des factures, des devis)

Barberia, Zudila AG, Krokusweg 6, 8057 Zürich (NIF 402169)

## 2. Renseignements personnels

### 2.1 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

jour, mois, année

Numéro d'assuré

13 chiffres, en commençant par 756

Etat civil

depuis

jour, mois, année

### 2.2 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

### 2.3 Curatelle et mandat pour cause d'inaptitude

Existe-t-il une curatelle ?  oui  non

Existe-t-il un mandat de surveillance au sens des articles 360 ss CCS ?  oui  non

Si oui, nom et adresse du curateur/du représentant

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'acte de nomination du curateur ou du mandat pour cause d'inaptitude.

Siège de l'autorité compétente

### 2.4 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses  
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

jour, mois, année

Ressortissant-e-s étrangers/-ères  
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jour, mois, année

## 3. Données générales

### 3.1 Domicile et activité lucrative

Avez-vous été domicilié(e) hors de Suisse ou travaillé/étudié/accompli un service militaire à l'étranger ?

oui  non

du

jours, mois, année

au

jours, mois, année

en

pays

jours, mois, année

jours, mois, année

pays

### 3.2 Demandes précédentes

Une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faveur de la personne assurée a-t-elle déjà été déposée ?

oui  non

Si oui, pour quelle prestation et auprès de quelle caisse de compensation ou office AI ?

### 3.3 Assurances

Avez-vous demandé, respectivement touchez-vous des prestations

par ex. traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyen auxiliaire

d'une caisse-maladie ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

de la SUVA ou d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance accident obligatoire ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

de l'assurance militaire ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

### 3.4 Caisse-maladie

Auprès de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré (assurance de base)?

Nom et adresse

## 4. Données relatives à l'activité professionnelle exercée jusqu'ici

### 4.1 Personnes exerçant une activité lucrative ou accessoire

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

heure, semaine, mois

Nom et adresse de l'employeur

Genre d'activité

Taux en %

du

au

Revenu brut CHF

jours, mois, année

jours, mois, année

heure, semaine, mois

Nom et adresse de l'employeur

#### 4.2 Activités non lucratives

Genre d'activité	du	au
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
femme/homme au foyer, étudiant/e, etc	jours, mois, année	jours, mois, année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
femme/homme au foyer, étudiant/e, etc	jours, mois, année	jours, mois, année

#### 4.3 Chômage

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)

du	au	en %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jours, mois, année	jours, mois, année	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jours, mois, année	jours, mois, année	

### 5. Données sur l'atteinte à la santé

#### 5.1 Renseignements plus précis sur le genre d'atteinte à la santé

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

#### 5.2 Accident ou origine de l'atteinte

L'atteinte à la santé est-elle due totalement ou en partie à :

- un accident (par ex. accident de circulation, exercice d'une activité professionnelle ou sportive, violence, etc.)
- une autre origine (par ex. éventuelle erreur médicale, infection contractée dans un hôpital, blessure causée par un animal, des produits, une tentative de suicide, etc.)

Remarques complémentaires à l'événement

#### 5.3 Médecin, hôpital ou centre de soins

Qui vous a traité en dernier lieu, respectivement vous a prescrit le moyen auxiliaire demandé?

Nom et adresse

Spécialité	Pour quelles affections ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

En traitement depuis	En traitement jusqu'au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
jours, mois, année	jours, mois, année

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

En traitement jusqu'au

jours, mois, année

jours, mois, année

#### 5.4 Moyen auxiliaire

Possédez-vous déjà un moyen auxiliaire (prothèses, fauteuil roulant, etc.) ?

oui  non

Si oui, description exacte ?

depuis

jours, mois, année

#### 6. Versement

---

Compte bancaire  Compte postal

Au nom de

IBAN

Nom et lieu de la banque

## 7. 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 mentionnés 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.

En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou des avocat-e-s donne son autorisation pour recourir aux renseignements de tiers.

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

## 8. 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)

Adresse du/de la représentant(e) de la personne assurée si cette dernière ne signe pas en personne

Remarques complémentaires

### Pièces à joindre à la demande :

- copie des pièces d'identité officielles établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récé-pissé des papiers déposés, passeport, document de partenariat)
- pour les ressortissants étrangers: copie du permis d'établissement ou de séjour

### à joindre si nécessaire :

- acte de nomination du curateur, mandat pour cause d'aptitude, copies des factures, des devis, certificats médicaux.

## 9. Organe compétent pour recevoir la demande

---

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