

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ N° AVS : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

E-mail : _____

Adresse : _____

Etat civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
 lié(e) par un partenariat enregistré partenariat enregistré dissous

Date de validité de l'état civil (date du mariage, du divorce, etc.) : _____

Enfants (si âgés de moins de 25 ans) :

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Joindre les attestations d'apprentissage, d'études ou de bénéficiaire d'une rente AI pour les enfants entre 18 et 25 ans.

Incapacité de gain de l'assuré(e)

Date de l'incapacité de gain : _____

Cause de l'incapacité de gain : Maladie Accident

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Joindre les certificats médicaux.

Une demande de rente AI a-t-elle été déposée : Oui Non

Si oui, quand : _____

Demande de prestations d'invalidité

Percevez-vous ou avez-vous perçu des revenus de nature suivante depuis votre incapacité de gain :

AI (maladie ou accident)

Indemnités journalières : Oui, dès le : _____
Rente d'invalidité : Oui, dès le : _____
Rente complémentaire de conjoint : Oui, dès le : _____
Rente(s) d'enfant : Oui, dès le : _____

LAA / SUVA (accident)

Indemnités journalières : Oui, dès le : _____
Prestations d'invalidité en rentes : Oui, dès le : _____
Prestations d'invalidité en capital : Oui, dès le : _____
Nom et adresse de l'assureur : _____

Autres assurances

Maladie perte de gain personnelle : Oui, dès le : _____
Maladie perte de gain de l'employeur : Oui, dès le : _____
Complémentaire en cas de maladie : Oui, dès le : _____
Complémentaire en cas d'accident : Oui, dès le : _____
Nom et adresse de l'assureur : _____

Revenu(s) d'une activité lucrative pour la part résiduelle de gain

Nom et adresse de l'employeur	Salaire	Dès le (ou période)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Joindre les décisions d'octroi, de révision ou de décompte de prestations.

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont conformes à la vérité.

Lieu, date : _____ **Signature de l'assuré(e) :** _____