

Formulaire pour le versement de prestation d'invalidité

A) IDENTITÉ DE L'ASSURÉ(E)

Nom : _____	Prénom : _____
N°AVS : 756. _____	Date de naissance : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Rue, N° : _____	NPA, localité : _____
E-mail : _____	Téléphone : _____

B) CONJOINT/EX-CONJOINT

Nom : _____	Prénom : _____
N°AVS : 756. _____	Date de naissance : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Rue, N° : _____	NPA, localité : _____
E-mail : _____	Téléphone : _____

C) ENFANT D'INVALIDE

Nom/Prénom :	N°AVS : 756.....	Date de naissance.....
Nom/Prénom :	N°AVS : 756.....	Date de naissance.....
Nom/Prénom :	N°AVS : 756.....	Date de naissance.....

Pièces à joindre à la demande : Pièces établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, permis d'établissement ou de séjour, attestation de domicile, passeport, carte d'identité, livret pour étranger) (copies).

Attestations d'études ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants âgés de 18 à 25 ans.

COORDONNÉES DE PAIEMENT

Nom de la banque :	Adresse :
NPA, localité :	Clearing :
IBAN / N° de compte :	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(en cas de réponse affirmative à l'un des points ci-dessous, veuillez nous joindre une décision de prestations)

Je suis au bénéfice de prestation de l'AI : oui non

Je suis au bénéfice de prestations de l'assurance accident : oui non

Je suis au bénéfice d'une autre assurance (.....) : oui non

DÉCLARATION

Le/la/les soussigné/e/s certifie/nt avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Il/s/elle/s déclare/nt expressément renoncer à tous ses/leurs droits de prescription envers la Caisse, notamment s'agissant d'éventuelles prestations de vieillesse déjà perçues.

L'assuré/e s'engage à annoncer immédiatement à la Caisse toute modification ou évolution de sa situation, notamment sur son état de santé, son droit à des prestations ou la reprise d'une activité.

Lieu et date : _____

Signature de l'assuré : _____