

**Votre communication:**  
**En cas de questions, prière de nous contacter**

Cette communication sert à évaluer si une demande AI est nécessaire. Peuvent être annoncées les personnes qui présentent une incapacité de travail ininterrompue de 30 jours au moins ou des incapacités plus courtes mais répétées pour des raisons de santé sur une période d'une année. Sont habilitées à faire une telle communication non seulement la personne assurée, mais aussi -et contrairement au dépôt d'une demande AI - les personnes/institutions mentionnées sous le chiffre 4 de ce formulaire. La personne ou l'institution qui procède à la communication doit en informer la personne assurée.

L'office AI examine la communication et informe la personne assurée de même que les institutions habilitées à faire une telle communication si une demande AI est nécessaire ou si un autre organe est plus à même de résoudre la situation. L'octroi de prestations de l'AI n'est possible que sur la base d'une demande AI. Si la personne assurée ou l'institution habilitée à faire une telle communication estiment que des prestations AI sont nécessaires, il est possible de renoncer à faire une communication et de déposer à la place une demande AI. Celle-ci doit être signée par la personne assurée.

Si vous avez des questions, appelez-nous. Nous vous renseignerons volontiers.

Avec nos meilleures salutations.

# Formulaire de communication pour adultes: Détection précoce

## 1. Données personnelles

Nom de famille (pour les personnes mariées ou veuves, aussi le nom de célibataire)

---

Prénoms

Etat civil

---

féminin

masculin

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

---

Langue désirée

allemand

français

italien

Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

Numéro de téléphone

Mobile

---

Lieu de séjour actuel (si différent du domicile légal, par ex. séjour dans un hôpital ou dans un home)

Nom de l'institution

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

Ressortissant/e étranger/ère

Nationalité

Date de l'entrée en Suisse

---

## 2. Incapacité de travail (IT)

Début de l'incapacité de travail

Incapacité de travail en pourcent

---

Absences répétées(régulières), absences de courte durée „chroniques“ depuis

---

Motif de l'incapacité de travail?

Maladie

Accident

Problème de santé/genre de maux

---

## 3. Situation professionnelle

Activité exercée

Taux en pourcent

---

Depuis:

Jusqu'au

---

Nom de l'employeur

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

Personne de contact

Téléphone

---

La communication de l'incapacité de travail à l'assurance-indemnités journalières en cas de maladie se fait-elle?

oui

non

Si oui, quand?

---

Nom et adresse de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie

La communication de l'incapacité de travail à l'assurance LPP se fait-elle?

oui non

Si oui, quand?

Nom et adresse de l'assurance LPP

Une demande concernant des prestations de l'AI a-t-elle déjà été déposée?

oui non

Si oui, auprès de quelle office AI?

#### 4. Données relatives à la personne, resp. à l'institution qui fait la communication

personne assurée ou son représentant légal

membre de la famille vivant en ménage commun avec la personne assurée

Degré de parenté

employeur de la personne assurée

médecin traitant ou chiropraticien/ne de la personne assurée

assurance d'indemnités journalières en cas de maladie LAMal

institution d'assurance privée (assurance d'indemnités journalières en cas de maladie LCA ou des rentes)

assureur accident LAA

institution de prévoyance professionnelle de la personne assurée

organe d'exécution de l'assurance-chômage

organe d'exécution de l'aide sociale cantonale

assurance militaire

Institution

Prénom et nom

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Date

Signature

Annexes (copies du certificat médical, décomptes de salaire, carte AVS, autres) et remarques complémentaires

#### 5. Information de la personne assurée

La personne assurée est-elle informée de la présente communication à la détection précoce de l'assurance-invalidité.

oui non

Lieu, date

Signature de la personne assurée