



Feuille annexe R à la demande de prestations AI (recours contre les tiers responsables)

Demande du

Personne assurée

Nom:

No d'assuré/e:

Date de naissance:

Notre réf.:

Date:

Il se peut qu'en relation avec l'événement dommageable qui vous a amené/e à déposer une demande de prestations à l'AI, une tierce personne soit tenue de réparer le préjudice subi. Dans ce cas, l'AI exerce son droit de recours contre la personne responsable, respectivement son assurance de responsabilité civile, jusqu'à concurrence des prestations servies. Afin de déterminer avec précision les circonstances de l'événement dommageable, nous vous prions de répondre aux questions posées ci-après. Nous vous signalons que si vous ne remplissez pas le présent formulaire ou répondez aux questions de façon incorrecte ou incomplète, vous contrevenez à votre obligation légale de renseigner et de collaborer. L'office AI ou la caisse de compensation compétent engagera alors la procédure de mise en demeure, en vous impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGa).

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer nos meilleures salutations.

1. Genre de l'événement qui a causé l'invalidité de la victime:

accident de la circulation routière autre accident autre cause c'est-à-dire:

2. Date et lieu de l'événement:

3. La police ou toute autre autorité a-t-elle été saisie de l'événement? non oui (nom, adresse, tél.):

4. Cette autorité a-t-elle établi un rapport écrit de l'événement? non oui

5. Description détaillée de l'événement (Que s'est-il passé? Quelle(s) en est (sont) la(les) cause(s)? Y-a-t'il eu participation de tiers?):

6. Personnes impliquées dans l'événement (nom, adresse, tél.):

auteur(s) :

témoin(s) :

7. Avez-vous confié la défense de vos intérêts à un/e avocat/e, à une assurance de protection juridique ou à un autre organisme? non oui (nom, adresse, tél.):

8. En relation avec cet événement, faites-vous valoir des prétentions en dommages-intérêts contre une personne déterminée? non oui (nom, adresse, tél.):

9. La personne désignée au chiffre précédent est-elle assurée en responsabilité civile?
non oui (nom, adresse, tél. de l'assureur responsabilité civile « RC »):

No de la police/No du sinistre :

10. Avez-vous, à la suite de l'événement, intenté une action en dommages-intérêts? non oui

auprès de l'instance suivante (Tribunal ou autre) :

contre la personne/la compagnie d'assurance suivante :

11. Une procédure pénale a-t-elle été ouverte en relation avec l'événement? non oui

par l'instance suivante:

contre la(les) personne(s) suivante(s) :

12. La victime était-elle assurée obligatoirement contre les accidents au moment de l'événement?
non oui (nom, adresse, tél. de l'assureur-accidents):

No de l'accident :

13. Lors de la survenance de l'événement, la victime était-elle assurée auprès d'une caisse de pension ?
non oui (nom, adresse, tél. de l'institution de prévoyance professionnelle) :

14. S'il devait y avoir des questions complémentaires, à quel numéro de téléphone pouvons-nous vous atteindre?

tél. privé fixe/mobile no:

tél. prof. no:

Remarques :

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et véridique.

Lieu et date :

Signature :

Annexes (prière de joindre les documents disponibles, p. ex. rapport de police, etc., en les énumérant ci-après) :