

Formulaire de demande de prestations d'invalidité

En cas de projet de décision favorable de l'AI, le formulaire doit être rempli et retourné accompagné de ses annexes à la CPCN, rue du Pont 23, 2300 La Chaux-de-Fonds.

1 Informations relatives à l'assuré-e

1.1 Situation personnelle

N° personnel : N° AVS/NSS :
Nom : Prénom :
Nationalité : Date de naissance :
Rue et n° :
NPA et lieu : Pays :
N° de téléphone : Adresse e-mail :

1.2 Enfant-s de moins de 18 ans ou jusqu'à 25 ans si en formation

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 une copie du livret de famille

Existe-il une tutelle ? oui non Existe-il une curatelle ? oui non

Si oui, nom et adresse du/de la tuteur/trice ou du/de la curateur/trice :

.....

2 Indications générales

Avez-vous déjà demandé des prestations d'une assurance sociale? oui non

Si oui, percevez-vous pour, vous-même, votre conjoint ou vos enfants, des prestations :

de l'assurance-accident obligatoire (LAA)? *Si oui, d'un montant mensuel de :*

de l'assurance militaire? *Si oui, d'un montant mensuel de :*

de l'assurance invalidité? *Si oui, d'un montant mensuel de :*

d'une institution de prévoyance? *Si oui, d'un montant mensuel de :*

de l'assurance chômage? *Si oui, d'un montant mensuel de :*

→ Joindre les décomptes de prestations

3 Indication concernant l'activité exercée

Nom de l'employeur/service :

Rue et n° : NPA et lieu :

Salaires annuels bruts (dernier salaire avant l'incapacité de travail) :

Taux d'activité en % (avant l'incapacité de travail) :

Fin du droit au salaire ou indemnités journalières* :

Fin du contrat de travail* :

**A voir avec votre employeur et joindre les documents y relatifs.*

Continuez-vous d'exercer une activité professionnelle partielle, dépendante ou indépendante ?

oui non

Si oui, indiquez :

Montant perçu par mois : Taux d'activité :

Nom de l'employeur : Nom de la caisse de pensions :

4 Indications concernant l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail

Raison de l'incapacité : Maladie Accident Infirmité congénitale

Précision concernant le genre d'atteinte :

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

Début de l'incapacité de travail :

depuis le : jusqu'au : taux d'incapacité :

depuis le : jusqu'au : taux d'incapacité :

depuis le : jusqu'au : taux d'incapacité :

depuis le : jusqu'au : taux d'incapacité :

5 Coordonnées de paiement des prestations

Pour le versement de vos prestations d'invalidité, merci de joindre un document avec vos coordonnées de paiement, soit : **copie de la carte bancaire/postale, relevé de la banque/poste, bulletin de versement ou RIB, avec le code SWIFT si le compte bancaire est à l'étranger.**

6 Divers

Nom et adresse du représentant de l'assuré-e (le cas échéant) :

.....

Remarques :

.....

.....

.....

7 Pièces justificatives à joindre

- Copie de votre carte d'identité
- Attestations de formation pour les enfants âgés de plus de 18 ans
- Copies de votre (vos) contrat(s) de travail
- Copie du livret de famille
- Copie de votre dernière fiche de salaire
- Copie de vos certificats médicaux
- Copie des décomptes de prestations depuis l'incapacité
- Copie de votre carte bancaire ou postale ou relevé d'identité bancaire

8 Procuration / Déclaration de consentement

Procuration / Déclaration de consentement de :

NOM : Prénom :

N° AVS : (merci de remplir à nouveau ces champs)

a) Autres assureurs

Le/la soussigné-e autorise la CPCN à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et de droit privé impliqués dans ce cas de prestation, à savoir, caisse-maladie, assureurs maladie, assureurs indemnités journalières en cas de maladie, assureurs accidents, offices AI, institutions de prévoyance, etc., et en particulier de consulter les dossiers pertinents.

b) Médecins et autres prestataires de services médicaux

De par la signature figurant ci-après, le médecin conseil de la CPCN est habilité à se procurer les renseignements qui lui paraissent nécessaires auprès des médecins et autres prestataires de services médicaux ainsi qu'auprès des hôpitaux, des établissements de santé, etc. Les médecins et les institutions précitées sont ainsi déliés sans réserve de l'observation du secret professionnel uniquement vis-à-vis du médecin conseil de la CPCN.

c) Transmission du dossier de la CPCN

En outre, le/la soussigné-e autorise la CPCN à transmettre à l'Office AI compétent, les documents relatifs à l'incapacité de travail, en particulier les pièces médicales, afin d'augmenter sa chance de réinsertion dans la vie professionnelle.

d) Transmission du dossier complet de la CPCN à son médecin conseil / consultation

Le/la soussigné-e autorise la CPCN à transmettre l'entier de son dossier, y compris les pièces fournies par l'Office AI compétent, à son médecin conseil pour avis supplémentaire. Si nécessaire, le médecin conseil est également autorisé à convoquer l'assuré pour une consultation en son cabinet.

Le/la soussigné-e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité. En cas de non-respect, la Caisse se réserve le droit d'effectuer une diminution totale ou partielle de rente, et/ou une action pénale.

Lieu : Date :

Signature de l'assuré-e ou de son/sa représentant-e :