

Police no

Personne assurée

Nom et prénom:

Date de naissance: N° AVS:

Rue:

NPA, localité, pays:

Téléphone: E-mail:

Périodes et degrés d'incapacité de travail/gain

..... % du au

..... % du au

..... % du au

..... % du au

Cause de l'incapacité de travail/gain maladie accident

Demande AI déposée oui non

Si accident, cas annoncé à l'assureur-accident: oui non

Si oui, nom et adresse de l'assureur-accident:

Autorisation

Pour permettre au Service médical de Retraites Populaires de recueillir tous les renseignements nécessaires à l'examen du droit aux prestations, l'assuré délève le secret professionnel les hôpitaux, médecins, autorités, assurances sociales, sociétés d'assurances, caisses-maladie, institutions de prévoyance, l'Assurance Invalidité fédérale (AI), la SUVA envers Retraites Populaires.

L'assuré autorise en particulier les médecins qui l'ont soigné ou examiné ainsi que les tiers (infirmier/ères, physiothérapeutes, psychothérapeutes, psychologues, chiropraticiens/iennes, ostéopathes, etc.) à donner confidentiellement au service médical de Retraites Populaires tous les renseignements utiles concernant son état de santé.

.....
Lieu et date

.....
Signature de la personne assurée



Annexes à joindre: copie de tous les certificats médicaux en votre possession

En cas de questions, notre service médical est à votre disposition au 021 348 23 69.