



Demande de rente d'invalidité auprès d'un Etat de l'UE

Le formulaire ci-joint est prévu pour les personnes résidant en Suisse ou frontalière, avec lieu de travail en Suisse, pour faire valoir le droit à des prestations d'invalidité auprès d'un pays de l'UE. Le formulaire ci-dessous a éventuellement été prérempli par l'office AI. Veuillez vérifier l'exactitude de ces données et compléter les champs manquants. Merci d'apporter toutes les modifications nécessaires directement sur le formulaire avant de le retourner, signé et muni des pièces requises, à votre office AI.

L'office AI compétent est celui du canton dans lequel vous résidez. Si vous êtes frontalier, il s'agit de l'office AI du canton dans lequel vous avez exercé votre activité professionnelle. Vous trouverez les adresses de contact des offices AI sur www.av-s-ai.ch. La présente demande ne remplace pas une demande de rente d'invalidité suisse, qui doit être déposée à l'aide du formulaire ad hoc „Demande de prestations AI pour adultes : Mesures professionnelles/Rente“.

Etats UE concernés

Après de quel(s) pays de l'UE désirez-vous faire valoir un droit à une rente d'invalidité ?

Données personnelles

N° d'assuré CH

1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe

masculin

féminin

Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Rue et numéro

NPA

Lieu

Téléphone

E-mail

Etat civil

célibataire

divorcé(e)

marié(e)

partenariat dissous judiciairement

concubinage

séparé(e) judiciairement ou de fait

partenariat enregistré

veuf(ve) / partenariat dissous par le décès

Depuis (jj.mm.aaaa)

Données personnelles du/de la partenaire actuel(le)

Etat civil	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> concubinage		
N° d'assuré CH	<input type="text"/> 1 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
2 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/> 3 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
4 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/> 5 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
Nom(s)	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> féminin	Date de naissance (jj.mm.aaaa) <input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>		
Région de naissance	<input type="text"/>		
Pays de naissance	<input type="text"/>		
Nationalité(s)	<input type="text"/>		
Nom de naissance de la mère	<input type="text"/>		
Prénom de la mère	<input type="text"/>		
Nom de naissance du père	<input type="text"/>		
Prénom du père	<input type="text"/>		

Union(s) précédente(s)

On entend par „unions précédentes“ les relations (mariage, partenariat enregistré, concubinage) dissoutes par la mort, le divorce / la dissolution judiciaire ou la séparation. Veuillez indiquer tous vos partenaires précédents, en précisant les dates de début et de fin de chaque union.

Première union

Etat civil	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> concubinage		
N° d'assuré CH	<input type="text"/> 1 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
2 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/> 3 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
4 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/> 5 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
Nom(s)	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> féminin	Date de naissance (jj.mm.aaaa) <input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>		
Région de naissance	<input type="text"/>		
Pays de naissance	<input type="text"/>		
Nationalité(s)	<input type="text"/>		
Nom de naissance de la mère	<input type="text"/>		
Prénom de la mère	<input type="text"/>		
Nom de naissance du père	<input type="text"/>		
Prénom du père	<input type="text"/>		
Début de l'union (jj.mm.aaaa) ²⁾	Fin de l'union (jj.mm.aaaa) ³⁾ <input type="text"/>		

1) Indication du numéro d'identification personnel étranger (PIN) ou du numéro d'assuré (si disponible) et du pays (par ex. 012345678 FR)

2) Date du mariage, de l'inscription du partenariat enregistré ou du début du concubinage

3) Date du décès, du divorce, de la dissolution du partenariat enregistré, de la séparation (judiciaire ou de fait) ou de la fin du concubinage

Deuxième union

Etat civil	marié(e) partenariat enregistré concubinage		
N° d'assuré CH	1 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
2 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	3 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
4 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	5 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
Nom(s)			
Prénom(s)			
Sexe	masculin	féminin	Date de naissance (jj.mm.aaaa)
Lieu de naissance			
Région de naissance			
Pays de naissance			
Nationalité(s)			
Nom de naissance de la mère			
Prénom de la mère			
Nom de naissance du père			
Prénom du père			
Début de l'union (jj.mm.aaaa) ²⁾	Fin de l'union (jj.mm.aaaa) ³⁾		

Troisième union

Etat civil	marié(e) partenariat enregistré concubinage		
N° d'assuré CH	1 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
2 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	3 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
4 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	5 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾		
Nom(s)			
Prénom(s)			
Sexe	masculin	féminin	Date de naissance (jj.mm.aaaa)
Lieu de naissance			
Région de naissance			
Pays de naissance			
Nationalité(s)			
Nom de naissance de la mère			
Prénom de la mère			
Nom de naissance du père			
Prénom du père			
Début de l'union (jj.mm.aaaa) ²⁾	Fin de l'union (jj.mm.aaaa) ³⁾		

1) Indication du numéro d'identification personnel étranger (PIN) ou du numéro d'assuré (si disponible) et du pays (par ex. 012345678 FR)

2) Date du mariage, de l'inscription du partenariat enregistré ou du début du concubinage

3) Date du décès, du divorce, de la dissolution du partenariat enregistré, de la séparation (judiciaire ou de fait) ou de la fin du concubinage

Données sur les enfants

Veillez mentionner tous les enfants et remplir tous les champs correspondants. A compter du huitième enfant, vous pouvez indiquer les informations requises dans le champ „Remarques“ ou sur une feuille séparée.

Données sur le premier enfant

Statut de l'enfant	Propre enfant	Enfant du/de la partenaire
	Enfant adopté	Petit-enfant
	Enfant recueilli	Autre

Si autre : veuillez préciser le statut

N° d'assuré CH 1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe masculin féminin Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Date de décès (jj.mm.aaaa)

Données sur le deuxième enfant

Statut de l'enfant	Propre enfant	Enfant du/de la partenaire
	Enfant adopté	Petit-enfant
	Enfant recueilli	Autre

Si autre : veuillez préciser le statut

N° d'assuré CH 1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe masculin féminin Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Date de décès (jj.mm.aaaa)

1) Indication du numéro d'identification personnel étranger (PIN) ou du numéro d'assuré (si disponible) et du pays (par ex. 012345678 FR)

Données sur le troisième enfant

Statut de l'enfant	Propre enfant	Enfant du/de la partenaire
	Enfant adopté	Petit-enfant
	Enfant recueilli	Autre

Si autre : veuillez préciser le statut

N° d'assuré CH 1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe masculin féminin Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Date de décès (jj.mm.aaaa)

Données sur le quatrième enfant

Statut de l'enfant	Propre enfant	Enfant du/de la partenaire
	Enfant adopté	Petit-enfant
	Enfant recueilli	Autre

Si autre : veuillez préciser le statut

N° d'assuré CH 1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe masculin féminin Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Date de décès (jj.mm.aaaa)

1) Indication du numéro d'identification personnel étranger (PIN) ou du numéro d'assuré (si disponible) et du pays (par ex. 012345678 FR)

Données sur le cinquième enfant

Statut de l'enfant	Propre enfant	Enfant du/de la partenaire
	Enfant adopté	Petit-enfant
	Enfant recueilli	Autre

Si autre : veuillez préciser le statut

N° d'assuré CH 1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe masculin féminin Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Date de décès (jj.mm.aaaa)

Données sur le sixième enfant

Statut de l'enfant	Propre enfant	Enfant du/de la partenaire
	Enfant adopté	Petit-enfant
	Enfant recueilli	Autre

Si autre : veuillez préciser le statut

N° d'assuré CH 1^e n° d'assuré, Pays ¹⁾2^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 3^e n° d'assuré, Pays ¹⁾4^e n° d'assuré, Pays ¹⁾ 5^e n° d'assuré, Pays ¹⁾

Nom(s)

Prénom(s)

Sexe masculin féminin Date de naissance (jj.mm.aaaa)

Lieu de naissance

Région de naissance

Pays de naissance

Nationalité(s)

Nom de naissance de la mère

Prénom de la mère

Nom de naissance du père

Prénom du père

Date de décès (jj.mm.aaaa)

1) Indication du numéro d'identification personnel étranger (PIN) ou du numéro d'assuré (si disponible) et du pays (par ex. 012345678 FR)

Données sur le septième enfant

Statut de l'enfant	<input type="checkbox"/>	Propre enfant	<input type="checkbox"/>	Enfant du/de la partenaireur
	<input type="checkbox"/>	Enfant adopté	<input type="checkbox"/>	Petit-enfant
	<input type="checkbox"/>	Enfant recueilli	<input type="checkbox"/>	Autre
Si autre : veuillez préciser le statut				
N° d'assuré CH	<input type="text"/>		1 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/>
2 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/>		3 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/>
4 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/>		5 ^e n° d'assuré, Pays ¹⁾	<input type="text"/>
Nom(s)	<input type="text"/>			
Prénom(s)	<input type="text"/>			
Sexe	<input type="checkbox"/>	masculin	<input type="checkbox"/>	féminin
Date de naissance (jj.mm.aaaa)	<input type="text"/>			
Lieu de naissance	<input type="text"/>			
Région de naissance	<input type="text"/>			
Pays de naissance	<input type="text"/>			
Nationalité(s)	<input type="text"/>			
Nom de naissance de la mère	<input type="text"/>			
Prénom de la mère	<input type="text"/>			
Nom de naissance du père	<input type="text"/>			
Prénom du père	<input type="text"/>			
Date de décès (jj.mm.aaaa)	<input type="text"/>			

1) Indication du numéro d'identification personnel étranger (PIN) ou du numéro d'assuré (si disponible) et du pays (par ex. 012345678 FR)

Activité professionnelle**Données sur l'activité professionnelle actuelle, antérieure et future**

(remplir les champs pertinents)

Si vous avez définitivement cessé votre activité professionnelle, veuillez remplir les champs suivants :

Dernière activité professionnelle

Profession	Statut	Taux d'occupation	Début (jj.mm.aaaa)	Fin (jj.mm.aaaa)
	Employé	Activité principale		
	Indépendant	Activité accessoire		
	Employé	Activité principale		
	Indépendant	Activité accessoire		

Si vous êtes toujours actif, veuillez remplir les champs suivants :

Activité professionnelle actuelle

Profession	Statut	Taux d'occupation	Début (jj.mm.aaaa)	Fin (jj.mm.aaaa) ¹⁾
	Employé	Activité principale		
	Indépendant	Activité accessoire		
	Employé	Activité principale		
	Indépendant	Activité accessoire		

Si vous êtes actuellement sans emploi, mais que vous prévoyez de commencer une activité dans un futur proche, veuillez remplir les champs suivants :

Activité professionnelle future

Profession	Statut	Taux d'occupation	Début (jj.mm.aaaa)	Fin (jj.mm.aaaa) ¹⁾
	Employé	Activité principale		
	Indépendant	Activité accessoire		
	Employé	Activité principale		
	Indépendant	Activité accessoire		

Données sur la curatelle / le représentant légal

Nom du curateur / du représentant légal

Type de curatelle / de représentant légal

Rue et numéro

NPA

Lieu

Pays

Téléphone

E-mail

Versement de la rente

Versement auprès

de l'assuré(e)

du curateur / représentant légal

Nom de la banque

Rue et numéro

NPA

Lieu

Pays

BIC/SWIFT

IBAN

1) Date probable

Autres données

Notification de la décision

à l'assuré(e)

au curateur / représentant légal

Remarques**Signature**

Le/La soussigné(e) certifie l'exactitude et l'exhaustivité des informations fournies.

Date (jj.mm.aaaa)

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal

Pièces à joindre à la demande

Si nécessaire, veuillez joindre à votre demande les pièces suivantes :

- Formulaire E 207 Renseignements concernant la carrière de l'assuré*
- Copies des certificats d'assurance étrangers*
- Copies des documents étrangers attestant le versement des cotisations (par ex. carrière d'assurance, extraits de compte)*
- Copies des certificats de travail, attestations de travail*
- Si disponible en original : Libretto di lavoro (Italie)*
- Bibliarion Asfaliseos (Grèce)*

Période de l'assuré (informations relatives aux périodes accomplies en dehors de la Suisse)

Type de période (mettre une croix)		Début (jj.mm.aaaa)	Fin (jj.mm.aaaa)	Nom de l'employeur ou nature de l'activité indépendante	Lieu activité/résidence	Pays	Informations complémentaires
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						
Salarié	Domicile						
Indépendant	Autre*						

* Indiquer le type de période (ex : service militaire, maternité, indemnités de chômage, indemnités journalières, etc.) dans la colonne « informations complémentaires ».