

**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 .....

**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 délie du 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.